

Н. КУКИН, М. ГЕХТМАН,
В. ЛОПУШАНСКИЙ

ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МОЛДАВИИ

Государственное Издательство Молдавии
КИШИНЕВ — 1956

Профессор Н. Н. КУКИН
Доцент М. Я. ГЕХТМАН
Доцент В. К. ЛОПУШАНСКИЙ

ОЧЕРК
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МОЛДАВИИ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МОЛДАВИИ
КИШИНЕВ * 1956

ПРЕДИСЛОВИЕ

В Молдавской ССР из года в год увеличивается количество научных работ, посвященных экономической, политической и культурной жизни Молдавии. Это, прежде всего, ярко отражено в изданных двух томах Истории Молдавии, а также исследованиях, опубликованных научными работниками Молдавского филиала Академии наук СССР и других научно-исследовательских учреждений республики.

Однако и в капитальных трудах, освещающих историю Молдавии, ничего не упоминается о здравоохранении, о его развитии на отдельных исторических этапах.

Авторы данной работы ставили перед собой задачу кратко осветить пути развития здравоохранения в Молдавии. Обобщив свои работы, помещенные в Трудах Кишиневского медицинского института и доложенные на научных сессиях и конференциях и др., они попытались в известной мере восполнить пробел, имеющийся в изложении экономического и культурного развития Молдавии.

Хотя указанная работа не может претендовать на полноту изложения, авторы все же полагают, что она окажет известную помощь медицинским работникам, агитаторам и пропагандистам.

Авторы.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В БЕССАРАБИИ ДО ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

Доземский период

В XIV веке на территории, расположенной между Карпатами и Днестром, было образовано Молдавское княжество — первая форма государственного существования молдавского народа.

С момента своего возникновения Молдавское княжество подвергалось нападению со стороны граничивших с ним государств. Особенно осложнилось положение молодого княжества в XV веке, когда ему пришлось столкнуться с хищнической Оттоманской Портой. Несмотря на героическую борьбу, которую вел молдавский народ за свою свободу и независимость, он все же в XVI веке подпал под иго султанской Турции. Начался один из наиболее черных периодов в жизни молдавского народа — период турецко-фанариотского владычества.

Однако молдавский народ ни на минуту не прекращал своей борьбы с иноземными угнетателями. В этой борьбе он опирался на помощь братских русского и украинского народов.

В совместной борьбе против иноземных захватчиков скреплялась исконная дружба народов Молдавии, России и Украины.

Огромное влияние на организацию медицинской помощи в Молдавии имела медицина Киевской, Новгородской и Московской Руси.

Вышедший в первой половине XII века первый на Руси рукописный медицинский трактат «Аллима» (энци-

клопедия по лечению и гигиене), написанный Евпраксией Киевской (внучкой Владимира Мономаха), получил широкое распространение в Молдавии, став источником медицинских знаний и пособием для практической деятельности.

Период турецкого гнета в Молдавии (XVI—XVIII вв.), усугубленный крайним произволом правящих классов, довел молдавский народ до полного разорения и нищеты, наложив глубокий отпечаток на социально-экономическое состояние края, на его культуру и здравоохранение, задержав их развитие до начала XIX века.

Безудержная эксплуатация трудящихся турецкими поработителями и боярской знатью, нищета, бескультурье народных масс, отсутствие медицинской помощи являлись причиной распространения эпидемических и социальных болезней.

В особенно тяжелых экономических и бытовых условиях находилось сельское население: оно ютилось в лачугах и землянках без окон и дымоходных труб, не располагало элементарными предметами обихода, питалось скудно и однообразно, не имело возможности соблюдать самые необходимые правила личной гигиены.

В 70-х годах XVII века, в этот тяжелый для молдавского народа период турецкого гнета, Россия стремилась оказывать молдавскому народу разнообразную помощь, и в частности в области культуры. Направляемые в Молдавию русские книги, типографское оборудование и т. п. давали возможность изучать на славянском языке научные труды, в частности медицинские.

С 60-х годов и до конца XVIII века, вследствие укрепления связей Молдавии с Россией, русские учебники переводятся на молдавский язык, издаются разговорники.

Русское государство давало возможность молдаванам обучаться в высших учебных заведениях России и Украины, что подняло на более высокую ступень молдавскую национальную культуру.

Огромное значение для развития молдавской культуры и медицинской науки в период феодализма в XVIII веке имела выдающаяся деятельность господаря и ученого Дмитрия Кантемира, скрепившего узы политического, экономического и культурного сотрудничества и дружбы с Россией. Работы Дмитрия Кантеми-

ра в области медицины имели огромное значение для внедрения в Молдавии научной медицины и врачевания.

Забота о здоровье молдавского населения в период турецко-фанариотского владычества почти полностью отсутствовала, лечебных учреждений не было, князья — ставленники Турции, как правило, привозили с собой безграмотных людей, именовавших себя «врачами».

В очерке гражданского управления Молдавии за 1806—1812 гг. А. Накко, характеризуя положение в период турецко-фанариотского владычества, писал: «Нигде не было ни одной школы, ни одного наставника, ни одной книги, о правилах чести никто не имел никакого понятия; вместо законов и уставов царствовал только личный произвол правящих классов; одни только церкви, встречающиеся в редких случаях, свидетельствовали о том, что население этой страны уже вышло из состояния варварства».

В тяжелое для Молдавии время русские врачи проявляли величайший гуманизм, невиданное самопожертвование. Так, рискуя своей жизнью, они оказали бескорыстную помощь молдавскому народу в 1770 году во время эпидемии чумы, занесенной в Молдавию из Турции. В широком масштабе проводили они противоэпидемические и лечебные мероприятия. Все это явилось ярким выражением передовой роли и прогрессивного направления русской медицины.

Особенно необходимо остановиться на выдающейся деятельности в эти годы замечательного русского ученого-эпидемиолога Данилы Самойловича, с чьим именем тесно связано развитие медицины и здравоохранения не только в Молдавии, но и в России и во всей Европе.

Закончив в 1765 году госпитальную школу при петербургском адмиралтейском госпитале, Данило Самойлович в 1767 году был произведен в лекари и направлен в Копорский полк, располагавшийся в Бессарабии и принимавший участие в войне с Турцией. Здесь Д. Самойлович самоотверженно боролся с занесенной из Турции эпидемии чумы и внес неоценимый вклад в изучение и борьбу с этим заболеванием.

Обобщив свой огромный опыт борьбы с чумой в Бессарабии в 1770 г., и использовав его во время эпидемии чумы в Москве в 1771 году, он в этом же году опуб-

ликовал свой труд по этому вопросу, принесший ему огромную известность.

В этом труде, вопреки мнению большинства ученых того времени о передаче чумы через воздух, он установил, что в действительности заболеваемость передается путем контакта здоровых с больными.

Благодаря его работам, уже в то время удалось разработать и осуществить ряд эффективных мер по профилактике и борьбе с чумой (изоляция, обеззараживание и др.), многие из которых не потеряли своего значения до наших дней и отвечают современному уровню научных знаний по этому вопросу.

Выдающийся русский ученый, член многих академий и других научных учреждений Европы — Дижонской, Римской, Марсельской, Лионской, Тулузской, Майнцской, Мангеймской, Туринской, Падуанской, Парижской хирургических академий, Парижского музея, Нансийской медицинской коллегии — Данило Самойлович лишь в условиях царского строя времен Екатерины II не был оценен по заслугам, оставаясь в скромном звании коллежского ассесора, штаб-лекаря Сената и члена комиссии по борьбе с чумой в Москве.

В течение ряда лет деятельность этого русского ученого была связана с Бессарабией, где он, уже будучи доктором медицины, пребывал на фронте второй русско-турецкой войны, с 1787 года, под начальством великого русского полководца А. В. Суворова.

Руководя госпиталями и лазаретами, Д. Самойлович уже тогда заложил основы организации и лечения раненых в прифронтовых госпиталях, что обеспечило возврат в строй большей части солдат и офицеров.

Ряд разработанных им положений был творчески и с успехом применен военно-медицинской организацией Советской Армии в период Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

Не только выдающийся ученый, но и бесстрашный воин, Д. Самойлович лично участвовал в жестоком бою с турками 1 октября 1787 года у Кинбурна и, рискуя жизнью, под непрерывным огнем врага, он оказывал помощь дважды тяжело раненому в этом бою А. В. Суворову.

В 1798 году Данило Самойлович вел борьбу с мо-

ровой язвой (чумой) в Дубоссарах, в 50 км от Кишинева.

В знак благодарности за огромную заботу и самоотверженный труд русских медиков, молдавское население прославило их по всему краю и далеко за его пределами, превознося моральные качества и гуманность русских деятелей науки и здравоохранения.

Во время русско-турецкой войны 1806—1812 гг., когда Россия сбросила турецкое ярмо с плеч молдавского народа, выдающийся русский полководец фельдмаршал М. И. Кутузов, руководя борьбой по разгрому врага, одновременно оказывал Молдавии огромную помощь в восстановлении ее хозяйства. Он освободил от государственных повинностей население пострадавших от войны районов, принимал энергичные меры для повышения культуры края и правильной организации медицинского обслуживания. Русская военная и гражданская администрация под руководством фельдмаршала М. И. Кутузова провела огромную работу по упорядочению медицинского дела.

Организация медицинской помощи в Молдавии в период войны с Турцией начинается с 1810 года, когда в Кишинев из Киева приехал первый русский доктор Адам Новак. С разрешения Молдавского дивана он занял должность врача в местечке Кишиневе и во всем Оргеевском пункте, с оплатой за оказание помощи за счет больных.

В личных письмах М. И. Кутузова, относящихся к периоду русско-турецкой войны 1806—1812 гг., имеются указания о борьбе русской администрации с моровой язвой (чумой) в Молдавии. Так, в феврале 1812 года он писал из Бухареста сенатору В. И. Красномилашевичу о том, чтобы последний принял срочные меры против моровой язвы, распространяющейся из Константинополя.

В марте того же года М. И. Кутузов сообщал сенатору Красномилашевичу, что по сведениям, полученным из Константинополя, моровая язва от действия холодной погоды прекратилась. Однако осенью 1812 года она появилась в Хотине, Каменец-Подольске, Балте и других местах.

Событием огромной важности для судеб Бессарабии явилось ее присоединение к России в 1812 году. Оно

имело для Бессарабии большое прогрессивное значение и явилось переломным моментом в жизни молдавского народа, навеки соединившего свою судьбу с судьбой великого русского народа.

Присоединение Бессарабии к России приобщило молдавский народ к передовой русской культуре, оказало благотворное влияние на развитие культуры и формирование прогрессивных идей в Бессарабии. Оно сыграло также выдающуюся роль в области развития промышленности, здравоохранения и просвещения края: создавались мелкие промышленные предприятия, росли города, открывались (хотя и в недостаточном количестве) школы, больницы, театры.

В январе 1813 года, через год после присоединения Бессарабии к России, в Кишиневе была учреждена врачебная управа Бессарабской области, ставшая, как и повсеместно в России, центральным органом врачебно-санитарного дела. Штат врачебной управы состоял из 10 человек, в том числе инспектор и городовой доктор. В некоторых районах были учреждены должности врачей и создано 6 хорошо оборудованных так называемых фармакополиев (амбулатории с аптеками).

В мае 1814 года был организован сбор пожертвований на сооружение в Кишиневе городской больницы, которая начала строиться в 1815 году. Открытие больницы состоялось 26 декабря 1817 года. В своем рапорте от 27 декабря 1817 года инспектор врачебной управы доктор Вольфингер доносил наместнику Бессарабской области— Подольскому генерал-губернатору: «...сего 26 декабря открыт для приема больных здешний госпитальный дом. Больные, от полиции присланные, приняты в оный как для пользования их, так и присмотра и пропитания».

Первое здание городской больницы было полутораэтажное, выходящее фасадом на Московскую улицу (ныне проспект Ленина). Больные с терапевтическими, хирургическими, гинекологическими и другими заболеваниями размещались в пяти общих палатах на 36 коек.

В вестибюле и прилегающих комнатах больницы был открыт прием амбулаторных больных. В нижнем этаже этого здания размещались квартиры служащих больницы.

Одновременно с главным корпусом во дворе был по-

строен флигель, который предназначался для размещения умалишенных и арестованных больных. Ставился вопрос об открытии в Кишиневе психиатрической больницы, инвалидных домов, сиротских приютов и установлении должностей ветеринарных врачей в Бессарабии.

В 1827 году в Кишиневе открылся военный госпиталь на 310 коек.

В 1828 году была произведена первая реформа здравоохранения в Бессарабии. Штат врачебной управы был увеличен в два раза, в каждый из восьми уездов направлено по одному врачу, по два лекарских ученика и по одной повивальной бабке.

Эпидемия чумы, повторившаяся в Бессарабии в 1829 году, заставляет русскую администрацию, наряду с другими санитарно-противоэпидемическими мероприятиями, объявить в Кишиневе карантин на 14 дней.

В 1830 — 1831 гг. в Бессарабии появилась эпидемия холеры. В Кишиневе был объявлен карантин. Для обеспечения карантина на окраине города, в Вистерниченах, был открыт барак на 50 коек. Все учреждения г. Кишинева были закрыты, жителям запрещалось выходить на улицу после шести часов вечера.

Следует отметить, что санитарное состояние и благоустройство городов в то время находилось на низком уровне. Организация медицинского обслуживания населения из-за недостатка средств и отсутствия надлежащей культуры была крайне затруднена и сводилась в основном к борьбе с эпидемиями чумы и холеры, повторявшимися на протяжении всего XIX века.

Ярким примером неприглядного состояния городов является то, что даже в центре области — Кишиневе — в 1837 году на улицах и площадях имелось всего 12 керосиновых фонарей, а к замощению улиц приступили только в 1866 году.

В 1841 году был создан институт городских врачей, в помощь которым назначались лекарские ученики.

В 1843 году в Кишиневе учрежден детский приют, а позднее и богадельня. К этому же периоду относится открытие больницы на средства еврейской общины (ныне 4-я городская больница).

Больницы были обеспечены врачами, фармацевтами и средними медицинскими работниками, которые прини-

мались на службу только при наличии дипломов, а средние медицинские работники — при сдаче ими экзаменов.

Ярким подтверждением передовой роли русской медицины и здравоохранения, а также русских медиков, которые, кстати сказать, уже тогда выделялись своим образованием, широтой и прогрессивностью взглядов среди своих коллег из других стран Европы, явилась диссертационная работа первого ученого медика, молдаванина Константина Вырнав «Первый опыт физиографии Молдавии». В этой своей работе, опубликованной в 1836 году, К. Вырнав указывает, что только после присоединения Бессарабии к России резко улучшилось медицинское обслуживание населения в крае. «Нынешнее состояние медицинского дела в Молдавии,— отмечал К. Вырнав, — больше всего обязано русским, которые, найдя его в столь беспорядочном положении, поставили на должную высоту. Медицинское дело организовано административно, разбито на специальности, везде на местах сидят врачи с дипломами, учреждены больницы, заведены аптеки».

Так выглядело здравоохранение Бессарабии в доземский период, когда оно было сосредоточено в «Приказах общественного призрения».

«Приказы общественного призрения» были учреждены в 1775 году и существовали до организации земств. «Приказы» состояли из председателя (по высочайшему назначению) и делегатов от сословий. Задача «приказов» состояла в организации медицинской помощи, богоугодных заведений в губернских городах и больничек — в уездных городах. Богоугодное заведение включало больницу, дом умалишенных, богадельню и приюты, а уездная больница—небольшой стационар, амбулаторию, без лечения на дому, предназначавшиеся преимущественно для «казенных» людей (военных, мелких чиновников), а также арестантов, проституток, бродяг, бесприютных и пьяниц, подобранных на улице полицией.

Местное, так называемое «вольное население» такая больница отпугивала как составом больных, так и своей неблагоустроенностью.

Сельское население, состоявшее из государственных крестьян, с 1851 г. обслуживалось окружной медицинской организацией (ведомством государственных имуществ) — волостными фельдшерами и врачами.

Фельдшеры и врачи специальных помещений для приема больных не имели, а принимали их где попало (в избах и в волостных правлениях).

Ко времени образования губернского земства (в конце 1869 года) «Приказы общественного призрения» в Бессарабии имели 1 богоугодное заведение на 104 койки в г. Кишиневе и окружных врачей по одному на 2—3 уезда.

В уездах и в уездных городах богоугодных заведений не было, имелись две больницы в имениях помещиков и пять больничных покоев на 4—5 коек каждая в селениях государственных крестьян (Каушаны, Чимишлия, Татарбунары и др.). Несмотря на то, что в системе медицинского обслуживания учреждениями «Приказов общественного призрения» имелось много недостатков, они были несомненно прогрессивным явлением по сравнению с состоянием здравоохранения в крае в период турецко-фанариотского господства.

Земский период

Классовая борьба в деревне между помещиками и крестьянами, наряду с другими причинами, явилась важнейшим условием проведения крестьянской реформы в Бессарабии в 1868 году. Однако сущность этой реформы мало чем отличалась от «Положения» 19 февраля 1861 года, и в результате ее крестьянство Бессарабии осталось в такой же кабальной зависимости от помещиков, как и крестьяне других частей России.

Положение широких масс крестьянства Молдавии в пореформенный период полностью может быть охарактеризовано положениями В. И. Ленина в его труде «Развитие капитализма в России», где он указывал, что южные и юго-восточные окраины России «...были в пореформенную эпоху *колонией* центральной, давно заселенной Евр. России» *. Такое положение придавало все характерные особенности экономической, политической и культурной жизни народа и путям развития края.

В этой гениальной работе В. И. Ленина подчеркнуто, в частности, тяжелое положение жизни крестьян Бессарабской губернии. Как видно из представленных ниже данных, положение с медицинским обслуживанием и по-

* В. И. Ленин, Соч., т. 3, изд. 4, стр. 218.

казателями санитарного состояния населения было крайне тяжелым.

Трудовое крестьянство Бессарабии по существу и в пореформенный период продолжало находиться в таком же безвыходно тяжелом экономическом положении, как и до реформы 1868 г., проведенной в Бессарабии.

Реформа 1861 года в России должна была в известной мере привести к изменению отдельных сторон организации управления в деревне.

Эта необходимость вызвала к жизни крайне ограниченные в своих правах и функциях органы местного самоуправления — земские управы.

Шестидесятые годы XIX века — годы отмены крепостного права и начала развития промышленного капитализма в России—ознаменовались в области здравоохранения созданием земской медицинской организации в составе губернских и уездных земских управ.

Во главе земств и в их составе находились представители правящих классов — дворяне, помещики, чиновники. Это накладывало глубокий отпечаток на все стороны деятельности земств, в том числе и на постановку медицинского дела.

Однако, несмотря на это, прогрессивная интеллигенция, полная самоотверженности и желания служить своему народу, не взирая на трудности, шла на земскую медицинскую работу, и в открытой и постоянной борьбе с бюрократическим составом управ сумела добиться организации, хотя и в скромных размерах, медицинского обслуживания крестьян.

Прогрессивные врачи-земцы, наряду со своей профессиональной медицинской работой, принимали всяческие меры к объединению своих рядов для борьбы с царским и помещичьим произволом. Огромной заслугой земско-медицинской организации было создание центра передовой общественной врачебной деятельности и научной медицинской мысли того времени — Общества русских врачей имени Н. И. Пирогова.

Выдающаяся деятельность таких врачей, как Ф. Ф. Эрисман, А. П. Доброславин, В. А. Левицкий, А. В. Погожев, Е. М. Дементьев, П. И. Куркин, Н. И. Тезяков, Н. А. Семашко, З. П. Соловьев, М. Ф. Владимирский, Д. И. Ульянов, С. И. Мицкевич, И. В. Русаков и многих других, принесла немало успехов земской меди-

цине, достигшей своего развития в конце XIX и в начале XX веков. Но, естественно, в условиях царского самодержавия земская медицина и здравоохранение не могли получить необходимого широкого развития, особенно если учесть, что наряду с врачами-земцами, энтузиастами, бескорыстно и преданно служившими своему народу, была и часть таких земских врачей, которые в период царской реакции стояли на явно оппортунистических, а подчас и враждебных позициях. Период начала земской медицины в России послужил основанием для становления земской медицины в Бессарабии, для создания новых организационных форм и учреждений.

Губернская земская управа в городе Кишиневе была учреждена во второй половине 1869 года (фактически земство начало свою деятельность в 1870 году) и состояла из инспектора, оператора, акушера, двух старших и двух младших врачей, восьми городских врачей, нескольких провизоров, фельдшеров и другого обслуживающего персонала. В уезды же, разбитые на участки, назначалось по два, реже по врачу и инспектору.

Медицинское наследство, полученное земством от «Приказов общественного призрения», было невелико, вследствие чего в городах и местечках Бессарабии можно было встретить вольнопрактикующих врачей, поселившихся здесь по собственной инициативе.

В 1863 году Министерство внутренних дел России утвердило в Кишиневской губернской больнице 100 коек. Больница имела по штату двух врачей и четырех фельдшеров (из расчета один врач на 50 больных и один фельдшер на 25 больных). Кроме того, в больнице работали бесплатно два сверхштатных врача. Лечение больных было платным (шесть рублей в месяц). В тех случаях, когда больной не мог внести плату за лечение, его препровождали из больницы этапным порядком к месту жительства, и оплата за лечение возлагалась на местную общину.

Губернская больница, перешедшая к земству в 1870 году, требовала расширения и капитального ремонта. Имущество больницы пришло в негодность и нуждалось в замене. Средства больницы были чрезвычайно малы; земство приняло от «Приказов общественного призрения» мизерные суммы.

С 1870 года земство начало приглашать на службу

вольнопрактикующих врачей. В Бельцком уезде, например, проживали вольнопрактикующие врачи Клионовский, Пясецкий, Мяновский, которые и были зачислены на службу земскими врачами. Аналогичные контракты заключались земством с фельдшерами и повивальными бабками.

Для характеристики состояния земской медицины в уездах Бессарабии мы приведем данные за 1870 год. Так, в уездах губернии было 7 врачебных участков. На один врачебный участок приходилось 4530 квадратных верст обслуживаемой территории.

Фельдшерских пунктов было 31. В уездных городах и селах губернии было всего 3 больницы на 51 койку.

В начале земского периода в уездах работало 13 врачей и 40 человек фельдшерского персонала, в том числе 13 акушерок.

Расходы на здравоохранение, затраченные уездными земскими управами в 1870 году, были крайне незначительными и составили 32 тысячи рублей.

В 1872 году Министерство внутренних дел России впервые допустило сестер-милосердия к работе в земских больницах. К тому же времени (1872) относится открытие на территории Кишиневской губернской земской больницы двухгодичной школы фельдшеров и повивальных бабок. Требования к поступающим были крайне малы.

В одном из пунктов устава фельдшерской школы указывается: «Желающий поступить учеником земской фельдшерской школы должен иметь не менее 15 и не более 20 лет отроду, уметь читать и писать по-русски, знать главнейшие молитвы».

Первый выпуск фельдшеров состоялся в 1875 году. Школу окончили семнадцать человек, среди них одиннадцать мужчин и шесть женщин. По окончании фельдшерской школы, каждому выпускнику бесплатно выдавался фельдшерский набор инструментов и учебник по каждой медицинской дисциплине, преподававшейся в школе.

С передачей медицинского дела в ведение земства было открыто больше городских и сельских больниц, а также врачебных амбулаторий. Так, в 1873 году были открыты земские больницы в селах: Скуляны—на 10 коек, Рышканы—на 10 коек, Флорешты—на 6 коек. В 1874 го-

ду открылся врачебный участок в Вад-Рашкове. В 1875 году была выстроена больница в Тирасполе на 22 койки, а в 1876 году — больница в Дубоссарах.

В сельских больницах на содержание одного больного затрачивалось 15—16 копеек в день.

В 1873 году при Кишиневской земской больнице организован оспопрививательный пункт. Для этой цели земством было выделено 100 рублей на покупку телят. Однако оспопрививательный пункт начал выпускать годный детрит только через 10 лет. Характер земской медицины в Бессарабии живо интересовал и привлекал врачебную общественность и передовую интеллигенцию края.

В 1873 году в Кишиневе состоялся первый губернский съезд земских врачей. Этот съезд, как и последующие, отразил состояние земской медицины того времени. Особенно злободневные вопросы стояли на повестке дня первого и второго съездов земских врачей.

Первый съезд был открыт председателем губернской земской управы. На съезде присутствовали: врачебный инспектор Бессарабской губернии, его помощник — старший врач земской больницы, а также земские врачи Кишиневского (Скардели и Носальский), Оргеевского (Шахнович, Жолковский, Яношевский, Аброжевич), Сорокского (Гижицкий), Бельцкого (Глинский, Мяновский, Клионовский), Бендерского (Колпаков, Колюжниц, Циммерберг, Герценштейн) уездов.

На первом съезде земских врачей в основном обсуждались санитарно-гигиенические и организационные вопросы. Первым разрешался наиболее принципиальный вопрос о том, какой должна быть земская медицина — гигиенической или клинической. Этот вопрос вызвал горячие споры среди земских врачей. В результате обсуждения этого вопроса, съезд пришел к решению, что земская медицина должна быть клинической. Наряду с этим, было признано, правда, очень робко, что необходимо также расширить санитарно-гигиеническую деятельность. На съезде врачебный инспектор губернской управы Маровский высказывал своеобразную точку зрения, соответствовавшую условиям царского строя. Она состояла в том, что для лучшей постановки гигиены в губернии требуется «хорошая и просвещенная полицейская власть». Далее Маровский сетовал на то, что поселяне во всех домах смазывают полы глиной, смешанной с навозом,

подчеркивая, что не тяжелые условия жизни, а именно этот «дурной обычай служит основной причиной постоянных перемежающихся лихорадок и тифов».

Некоторые из врачей обращали внимание съезда на высокий процент смертности среди детей. Круг обсуждавшихся на съезде вопросов был очень широким, а прения — часто бесплодными. Так врачи съезда высказывали предположение, что употребление населением большого количества недоброкачественного вина вызывает умопомешательство, каменную болезнь и артриты.

Некоторыми врачами указывалось, что население Бессарабии часто прибегает к кровопусканиям, что приводит к развитию малокровия и других заболеваний.

Частые маточные кровотечения у женщин объяснялись тем, что в Бессарабии рожают в 15—16-летнем возрасте. На съезде указывалось и на то, что в питьевой воде Кишинева содержится большое количество известковых солей, что ведет к атероматозу сосудов мозга, а «возможно вызывает и зоб».

Высказывалось мнение о том, что некоторые заболевания (пеллагра, умопомешательство) вызваны употреблением в пищу недоброкачественной кукурузы.

На съезде также говорилось об антисанитарных условиях в школах, о необходимости запретить передвижные публичные дома с целью предупреждения заболеваний сифилисом, об отмене духовенством религиозных постов на период появления цынготной эпидемии, об организации в период эпидемий передвижных лазаретов и открытии при больницах отделений для тифозных больных, о срочности проведения работ по осушению болот, о желательности взятия на учет прививаемых против оспы и т. д. Но дальше этого дело, как правило, не двигалось.

Ценные же предложения отдельных земских врачей, высказанные на съезде, не были приняты во внимание. Честные, объективные земские врачи прямо указывали на то, что землевладельцы и хозяева предприятий покупают для своих батраков и рабочих, для того чтобы они меньше ели, крайне соленую брынзу, вызывающую афтозные процессы. Так, животрепещущие вопросы организации медицинского обслуживания населения подменялись многословными рассуждениями, направленными зачастую на оправдание беспринципности и беспо-

мощности деятелей земства, а в лучшем случае сводились к формальной констатации фактов.

Эпидемический характер заболеваемости турецких войск сыпным и возвратным тифами (среди 57 000 турецких пленных оказалось 13 893 больных сыпным тифом) явился основным источником распространения инфекции в русской Дунайской армии и среди гражданского населения Бессарабии.

Эпидемия паразитарных тифов усилилась после зимнего перехода русских войск через Балканы и занятия ими оставленной неприятелем совершенно опустошенной местности. Течение заболевания носило тяжелый характер, летальность при сыпном тифе доходила до 31,1%, а при возвратном — до 12,3%.

Огромную помощь оказал Бессарабии русский народ в период русско-турецкой войны 1877—1878 гг.

Русская военная и гражданская администрация приняла целый ряд противоэпидемических мероприятий, направленных как на купирование и ликвидацию эпидемии, так и на оказание лечебной помощи военнослужащим и гражданскому населению. Были созданы эпидемические бараки, врачебно-питательные пункты для населения, развернута дополнительная больничная сеть, использованы военные медицинские кадры для оказания помощи больным из гражданского населения и т. д. Большое влияние на развитие медицинского дела и здравоохранения в Бессарабии оказали выдающиеся деятели русской медицины Н. И. Пирогов, являвшийся в 1856 году попечителем Одесского Учебного Округа, в который входила и Бессарабия, и И. И. Мечников, который с 1870 по 1882 год был профессором Новороссийского университета в Одессе и др. В период русско-турецкой войны Н. И. Пирогов вместе с К. К. Рейером неоднократно посещали театр военных действий.

Эти выдающиеся деятели не только обогатили русскую и мировую науку своими величайшими открытиями, но и как выдающиеся организаторы военно-медицинского дела намного улучшили медицинское обслуживание армии и гражданского населения.

Окончание русско-турецкой войны дало возможность расширить масштабы и укрепить организацию медицинского обслуживания, осуществляемую земством.

Второй губернский съезд земских врачей Бессарабии

состоялся в 1879 году. На съезде, в основном, обсуждались организационные вопросы касающиеся больничного строительства. На съезде было высказано пожелание о том, чтобы не размещать больницы в частных домах, а строить специальные здания. Был одобрен также выработанный комиссией план для постройки земских больниц.

Съезд постановил просить земскую управу обеспечить население Бессарабии больничной помощью из расчета одной койки на 2000 жителей.

В отчетах губернской земской управы имеются данные о восьми съездах земских врачей, происходивших в период с 1873 по 1897 год. Девятый губернский съезд земских врачей состоялся в 1914 году.

На всех губернских съездах, как правило, обсуждались санитарно-гигиенические и организационные вопросы здравоохранения.

Губернские съезды земских врачей Бессарабской губернии происходили:

I	съезд	в 1873	году
II	»	» 1879	»
III	»	» 1880	»
IV	»	» 1885	»
V	»	» 1887	»
VI	»	» 1888	»
VII	»	» 1893	»
VIII	»	» 1897	»
IX	»	» 1914	»

В период между VI и VII съездами было создано санит. рное бюро, просуществовавшее с 1892 по 1897 год, и вновь открытое в 1912 году. Руководителями санитарного юро губернского земства были: с 1892 по 1897 год — А. В. Корчак-Чепурковский и с 1912 года — В. Т. Копытов.

Ниже дается краткая характеристика развития земской медицины в Бессарабской губернии.

Сеть врачебных участков выросла за 40 лет земского периода (1870—1910 гг.) с 7 до 75 участков; с 1910 года этот рост прекратился.

Динамика развития этого типа медицинских учреждений, обслуживавших сельское население, характеризуется следующими данными:

1870 г. — 7 участков
1880 г. — 23 участка

1890 г.— 40 участков
1900 г. — 55 участков
1910 г. — 75 участков
1912 г. — 75 участков

Такая незначительная сеть не обеспечивала необходимого обслуживания сельского населения.

Количество населения, приходившегося на один врачебный участок, и средняя площадь участка были крайне большими.

Так, в 1870 году площадь на один врачебный участок была равна в среднем 4530 квадратных верст, в 1890 году—793 квадратные версты с количеством населения до 31,5 тысячи человек, в 1912—1914 гг. — 403 квадратные версты с 27,0 тысячами человек населения.

Количество больничных учреждений и коечный фонд в земских учреждениях также не давали значительного роста, который обеспечивал бы минимальные потребности населения.

Годы	Количество больниц	Количество коек в них	В том числе коек	
			в городах	на селе
1870	3	51	—	51
1880	13	252		
1890	28	396	121	275
1900	44	670		
1912—1914	59	906	260	646

Такое незначительное количество больничных коек приводило к тому, что одна койка приходилась на 3,2 тысячи человек населения в 1900 г. и 2,2 тысячи в 1912 году.

Сельское население не обеспечивалось в достаточной степени не только врачебно-амбулаторной и стационарной помощью, но даже фельдшерской.

Количество фельдшерских пунктов не превышало

50 и в отдельные десятилетия земского периода давало относительно небольшие колебания, а именно:

1870 г. — 31 пункт
1880 г. — 48 пунктов
1890 г. — 46 »
1900 г. — 50 »
1912 г. — 43 пункта
1913 г. — 40 пунктов

Что касается числа жителей, приходившихся на один фельдшерский пункт, то оно было огромным: 27,4 тысячи человек населения (1890 год), 47,0 тысяч человек населения (1912 год).

Медленными темпами росла численность медицинских кадров в земских учреждениях губернии, что характеризуется следующими данными.

	Начало земского периода	Середина земского периода	Конец земского периода
1. Кадры			
Врачей	13	39	84
Фельдшерского персонала	40	122	262
Из них:			
при враче	—	—	204
на самостоятельных фельдшерских пунктах	—	46	57
Акушерок	13	6	4
2. Количество населения на 1 лицо медицинского персонала (в тыс. жителей)			
на 1 врача	нет данных	32,3	24,1
на 1 лицо фельдшерского персонала	»	12,4	7,7
на 1 фельдшерский пункт	»	27,4	47,0

Законченное фельдшерское образование к концу земского периода имело лишь 44,3% фельдшеров. Большая же часть была ротными фельдшерами (55,7%).

Бюджет земств на дело здравоохранения был скудный и составлял всего в 1870 году 3,2 тысячи рублей, в 1890 году — около 180 тысяч рублей и в 1912 году—972,5 тысячи рублей, а медицинские расходы на одного жителя в год составляли копейки.

Медицинские расходы на 1 жителя в год
(в коп.)

	Уездное земство	Губернское земство	Всего
1890 г.	11,8	—	11,8
1912 г.	48,0	22,0	70,0

Что касается расходов на одного больного, то они не превышали даже в период максимального развития земства 1 руб. 40 коп. в год.

Медицинское обслуживание, даже к концу земского периода (1912 год), не получило сколько-нибудь удовлетворительного развития. Так, были созданы земская школа фельдшеров и акушерок в г. Кишиневе на 124 учащихся, которую закончили в 1912 году 13 человек; повивальная школа в г. Кишиневе на 41 учащегося, выпустившая в 1912 году 15 «повивальных бабок», и школа медицинских сестер в порядке ученичества Общины Красного Креста в Гербовцах с наличием учащихся в 1908 году—5 человек, в 1910 году—1 человек, в 1911 году — 2 человека и в 1912 году — 4 человека.

В 1912 году было подготовлено всего 32 человека среднего медицинского персонала.

Крайне слабо было развито лабораторное дело. За весь 1912 год было произведено в санитарно-гигиенической лаборатории всего 374 исследования.

Тяжелые экономические и бытовые условия трудящихся приводили к низким показателям физического развития и естественного прироста населения. Так, из 11 623 человек призывного возраста, освидетельствованных в 1912 году, было освобождено от военной службы по болезни 4374 человека, или 37,6% всего числа освидетельствованных призывников. Показатель естест-

венного прироста населения в том же году был равен 9,4 на 1000 человек населения.

На фоне развития земской медицины Бессарабии представляет интерес состояние здравоохранения в ее столице — Кишиневе — и отдельных уездах губернии, изученное на основании годовых отчетов уездных земств и земских больниц.

В 1884 году в Кишиневе, по Немецкой улице (ныне им. С. Лазо), на углу Колодезного переулка, в частном доме была открыта детская больница на 40 коек. На оборудование больницы было ассигновано 2000 рублей. На лечение принимались дети до четырнадцатилетнего возраста.

Из отчета детской больницы за 1887—1888 гг. следует, что на стационарном лечении находилось 313 больных детей, из них терапевтических — 209, хирургических — 81 и глазных — 23.

Постройка на территории Кишиневской губернской земской больницы двух капитальных двухэтажных зданий (одного в 1876 году и второго в 1885 году), а также деревянного барака для душевнобольных дала возможность расширить больницу.

Однако система обслуживания больных в этой больнице, как и в других, была неудовлетворительной.

Вдоль больничного двора, с обеих сторон, находились вспомогательные помещения и квартиры; здесь же имелась комната с отдельным ходом для изоляции заразных и «зловонных» больных. В одной из комнат, расположенных рядом с изолятором, принимались роды у женщин, больных заразными болезнями.

Больные туберкулезом и брюшным тифом размещались вместе с терапевтическими больными.

Отделение для душевнобольных и больных сифилисом было организовано при областной больнице в 1852 году. Условия в этом отделении были крайне тяжелые. Губернский земский санитарный врач А. В. Корчак-Чепурковский в «Материалах для истории земской медицины Бессарабской губернии» описывает эти условия следующим образом: «Отделение для умалишенных и сифилитических больных имеет один общий темный и холодный коридор и общие уборные. В двух сообщающихся между собой палатах для умалишенных помещаются вместе и спокойные, и беспокойные, и нечисто-

плотные». Это лишь один из штрихов обслуживания больных.

Штат отделения состоял из одного служителя; присмотр за больными велся персоналом других отделений, а врачебное наблюдение лежало на... враче-акушере. Такое положение было не только в период подчинения больницы «Приказу общественного призрения», но оставалось до 1882 года, то есть уже в период земства.

Большую роль в упорядочении психиатрической помощи в губернии сыграл врач М. Е. Лион, работавший по совместительству заведующим психиатрическим отделением губернской земской больницы в 80-х годах прошлого века, а в дальнейшем — видный невропатолог в Петербурге и Одессе, опубликовавший один из первых отечественных учебников по неврологии.

С горечью задавая себе вопрос о возможности лечить умалишенных в подобных условиях, он отвечает отрицательно и настоятельно требует проведения ряда радикальных мер (строительства благоустроенной больницы с колонией для целей трудовой терапии и т. п.).

Первым ординатором-психиатром в этом отделении с 1887 по 1898 год был видный русский врач В. А. Коссаковский, также сыгравший большую роль в организации психиатрической помощи в Молдавии в конце XIX века.

Он был не только пионером трудовой терапии при психических заболеваниях, но и крупным исследователем в области пеллагры, чьи положения не потеряли своего значения до сих пор, а в ряде из них он предвосхитил дальнейшие открытия в этом вопросе.

Высокую оценку его научной и практической деятельности как проводника идей выдающегося русского ученого С. С. Корсакова дают П. П. Кащенко и Ю. В. Каннабих.

После неоднократных ходатайств земской управы и длительных бюрократических проволочек, было, наконец, начато строительство специальной психиатрической больницы — Костюженской, на отведенной территории в 250 га.

В 1895 году туда были переведены из отделения губернской земской больницы первые 100 больных.

Окончательное завершение строительства лечебных корпусов было осуществлено в 1903 году, вспомогательных отделений — в 1905 году и подсобных — в 1913 году.

Несмотря на то, что 65% всех ассигнований земства на медицинские цели приходилось на долю психиатрической помощи, затраты на одного больного в год в 1909—1911 годах были мизерными и не превышали 391 руб. Другие виды специализированной медицинской помощи начали развиваться с конца XIX века. В частности, прием по болезням уха, горла, носа был открыт впервые в губернской земской больнице в 1895 году, а стационарная помощь этим больным начала оказываться с 1898 года.

Одним из крупных специалистов в этой области являлся работавший с 1890 по 1895 год частным врачом при больнице бессарабского помещика Ф. Ф. Казимира Д. Д. Кострицкий, защитивший диссертацию на степень доктора медицины на тему: «К вопросу о частоте ушных болезней и глухоте в сельском крестьянском населении по данным поголовного осмотра жителей Романкоуцкой волости *, Хотинского уезда, Бессарабской губернии», опубликованной в Петербурге в 1896 году.

Эта работа была весьма ценной, так как по своему подходу, методике и анализу полученных данных она являлась новым шагом в изучении заболеваемости сельского населения Бессарабии, и в известной степени отображала социальную сторону причин этой заболеваемости.

Наиболее полные данные о состоянии здравоохранения в Бессарабии имеются только начиная с 1888 года.

По данным медицинского департамента Министерства внутренних дел в Санкт-Петербурге, население Кишинева к 1888 году составляло 116 359 человек, Бендер — 31 000, Сорок — 11 944, Бельц — 10 057, Оргеева — 6689 человек.

Из общего числа в 145 врачей (вместе с вольнопрактикующими), в Кишиневе числилось 35 врачей, среди которых было восемь женщин, и 36 фельдшеров.

В 1888 году в Кишиневской губернской земской больнице имелось уже 340 коек, из них терапевтических — 62, хирургических — 32, психиатрических — 165, для больных сифилисом — 81. За лечение взыскивалась плата (30 копеек за сутки). В 1889 году в губернской земской

* Ныне территория Липканского района, Молдавской ССР.

больнице работало 8 врачей, 12 фельдшеров и акушерок, 4 сестры милосердия. При губернской земской больнице были учреждены должности двух врачей-интернов со стипендией по 400 рублей в год; им предоставлялась бесплатная квартира и питание при больнице. В обязанности врача-интерна входили дежурство по больнице, амбулаторный прием и работа в отделениях больницы. Срок работы интернов был рассчитан на два года. Из интернов готовились квалифицированные участковые земские врачи. Некоторые из них после окончания интернатуры, оставались в больнице и работали ординаторами. В ведении земства, кроме губернской земской больницы, находились сиротский дом, родильный приют, «пневматическая» лечебница и богадельня.

Мертворождаемость и смертность новорожденных в первые сутки были высокими. Так, в 1888 году мертворождаемость в родильном приюте равнялась 8,9%, а умершие в первые сутки после рождения составляли 10,1%.

Кроме лечебных учреждений, находившихся в ведении земства, в Кишиневе существовала больница (ныне 4-я городская), которая содержалась на средства еврейской общины. Больница размещалась в старом здании и состояла из двух отделений — мужского и женского. В каждом из них имелось пять палат.

Палаты распределялись следующим образом: первая палата—для больных сифилисом, вторая—для больных сыпным и возвратным тифами, третья — для прочих инфекционных больных, четвертая — для хирургических больных, пятая — для общих больных. Больница обслуживалась двумя врачами: один из них работал в мужском, а другой — в женском отделении.

В 1887 году на территории больницы был выстроен специальный павильон на 25—30 коек для лечения сифилиса у проституток.

В 1891 году на территории больницы началось строительство новых зданий для хирургических и инфекционных больных.

Состояние сети лечебных учреждений Бессарабии по отдельным уездам характеризовалось следующими данными.

В 1888 году в Кишиневском уезде имелось 4 врачебных участка, из них 2 больничных (Ганчешты — 15 коек,

Шишканы — 23 койки) и два амбулаторных пункта (Яловены и Пыржолтены). Каждый участок обслуживался одним врачом. В 1892 году в Кишиневском уезде прибавился один врачебный участок, а количество коек увеличилось с 37 до 46. В Сорокском уезде числилось 5 медицинских участков, из них два больничных — в Сороках на 50 коек и в Флорештах на 20 коек. В Сороках работало 2 врача, на остальных участках—по одному врачу.

В 1892 году в Сорокском уезде прибавилось два медицинских участка; из пяти амбулаторных участков три были превращены в приемные покои с количеством коек от двух до пяти, два участка оставались амбулаторными. В 1889 году медицинский участок из Вад-Рашкова был переведен в село Котюжаны-Маре, где и был открыт приемный покой.

В Оргеевском уезде имелось 5 медицинских участков, среди которых только в Калараше была больница на 20 коек; 2 приемных покоя (в Оргееве на 2 койки и в Теленештах на 3 койки); 2 медицинских участка были амбулаторными (Резина и Криуляны).

В 1890 году в Оргееве была открыта больница на 36 коек, а в Резинском медицинском участке — приемный покой на две койки.

В 1892 году в Оргеевском уезде работало 8 врачей, из них 1 женщина.

В Бельцком уезде было 9 медицинских участков с девятью врачами. В 1889 году количество врачей в уезде сократилось до шести человек. В этом же уезде было четыре больницы: в г. Бельцы больница на 30 коек, в Фалештах — на 25 коек, в Флэмынзенах — на 30 коек, в Рышканах — на 6 коек.

Еще в 1888 году в Бельцах началось строительство больницы на 66 коек.

В Бендерском уезде в 1885 году числилось три больницы на 18 коек.

В 1889 году в Бендерах предполагалось открыть 2 больницы: одну на средства земства, а другую на средства еврейской общины.

В 1892 году началось строительство губернской психиатрической больницы в Костюженах. Больница Гербовецкой Общины сестер милосердия Красного Креста (ныне больница лечсануправления) была построена в 1905 году.

Распределение больничных коек по уездам и медицинским пунктам было крайне неравномерным. Так, например, в Бельцком уезде одна больничная койка приходилась на 1200, а в Бендерском уезде — одна койка на 8600 человек населения.

При недостаточной обеспеченности населения больничными койками, имевшийся коечный фонд использовался неудовлетворительно из-за недоступности медицинской помощи, большого радиуса обслуживания.

К концу XIX века в уездах Бессарабии работало 35 земских врачей и 11 врачей состояло на службе в губернской больнице. Кроме того, числилось 93 вольнопрактикующих врача, из них 66 врачей практиковали в городах, а 27 — в местечках и селах. На одного земского врача приходилось в это время до 36 000 человек населения, а в южных районах Бессарабии — до 42 000 человек. Госпитализация больных была недостаточна. Так, в 1895 году она не превышала 3,1% из числа обратившихся за помощью амбулаторных больных, а в последующие пять лет, при увеличении числа амбулаторных больных на 30%, число госпитализированных больных уменьшилось до 2,4%.

Ввиду того, что коечный фонд не обеспечивал госпитализацию больных, специальная комиссия по организации земской медицины внесла следующие предложения:

1. Передать в ведение Врачебного Совета право приема и увольнения земских врачей, так как частая смена врачей на участках тормозит медицинское обслуживание населения.

Губернская земская управа с этим предложением не согласилась.

2. Увеличить коечный фонд участковых больниц, так как 16 коек, установленных для участковой больницы, никоим образом не обеспечивают госпитализацию больных.

С этим решением губернская земская управа также не согласилась, считая, что увеличение количества коек свыше 16 может быть «вредным и несправедливым».

Недостаточное развитие здравоохранения в Бессарабии во многом зависело от классового состава земской управы, что явствует из следующей таблицы:

	1886 г.	1903 г.
Дворян	76%	79,1%
Купцов, прочей буржуазии, чиновников . . .	4%	16,8%
Крестьян, имеющих ценз	20%	4,1%

Земские управы все больше и больше переходили в руки местных помещиков, чиновников и купцов, определявших политику земства и подчинявших ее, в первую очередь, интересам господствующих классов.

Несмотря на все присущие крепостническо-дворянскому строю отрицательные черты, Россия в этот период играла несомненно прогрессивную роль и оказывала благотворное влияние на развитие хозяйства и культуры Молдавии.

Попытки прогрессивных деятелей земства и передовых земских врачей дать правильное направление здравоохранению не увенчались успехом. Более того, в некоторых случаях они доставили много хлопот инициаторам этого дела. В других же, их предложения не находили и не могли найти никакой поддержки у реакционного большинства земства. И если, несмотря на всяческие ограничения в деятельности земской медицины, она все же постепенно развивалась, в отличие от положения медицинского дела в доземский период, то это являлось исключительно результатом самоотверженной борьбы передовых деятелей земства.

Развитие земской медицины до начала первой мировой войны (1914—1918 гг.) происходило крайне медленными темпами.

Рост сети и кадров был незначительным, а отсюда и деятельность медицинских учреждений была весьма ограниченной.

В первой империалистической войне начался резкий упадок деятельности земских учреждений, а затем и их ликвидация; касаясь развития одной иэ ведущих специальностей — хирургии, необходимо отметить, что в период земства в Бессарабии она начала выделяться как самостоятельная дисциплина.

В 1877 году при губернской земской больнице было выделено 28 коек для хирургических больных. Однако оказание хирургической помощи находилось далеко не на должной высоте и не удовлетворяло потребности населения. За недостатком мест в хирургическом отделении гнойных больных размещали летом в палатках во дворе больницы. В больнице не применялась асептика и не было квалифицированных кадров хирургов.

По этому поводу врач-терапевт М. Б. Слуцкий писал следующее: «В 1877—1879 гг. плохо обстояло дело с хирургией. Мелкие операции я был вынужден делать сам, а в более серьезных случаях прибегал к услугам врача Твердохлебова — ординатора земской больницы, кстати сказать, тоже не хирурга».

Дальнейшее развитие хирургической деятельности тормозилось медленным ростом коечного фонда. В 1886 году в губернской земской больнице имелось 270 коек, из них 30 хирургических.

В 1887 году часть хирургических больных находилась в так называемой еврейской и детской больницах. Среди хирургических больных превалируют больные с повреждениями и заболеваниями конечностей, с ожогами, злокачественными новообразованиями и костно-суставным туберкулезом.

Операции производились в палатах, и находящиеся там больные были свидетелями тяжелых сцен.

В связи с этим врач Слуцкий отмечал следующее: «Неотложные операции производились на кровати больного, остальные больные выходили в коридор, а прикованные к кровати прятали голову под подушку, чтобы не быть невольными свидетелями кровавых сцен. Но и эти несложные операции давали огромный процент смертности, вследствие общего антисанитарного состояния больницы. Асептики тогда еще не знали, а прибегали к антисептике, то есть к карболке». Специальная операционная была выделена в 1888 году.

Однако и с открытием операционной положение мало изменилось, так как операционная комната была небольшой и плохо оборудованной. По этому поводу заведующий хирургическим отделением губернской больницы писал следующее: «Оперировать негде, потому что нельзя же назвать операционной тесную, с одним окном и без вентиляции, комнату».

В хирургических палатах была неимоверная теснота, вследствие чего не было возможности изолировать послеоперационных больных от рожистых и гангренозных.

С 1888 года для обезболивания впервые начал применяться кокаин при операциях рака губы и других опухолей. Раствор кокаина впрыскивался вокруг опухоли в количестве, не превышающем одного грана[1]. Раствор готовился из трех гран кокаина на одну драхму[2] дистиллированной воды.

По данным медицинских отчетов, применение этого способа обезболивания давало хорошие результаты.

С 1888 года составляются регулярные медицинские отчеты о деятельности больницы и хирургических отделений. Благодаря этим отчетам были получены данные о развитии хирургической помощи населению. Из отчетов видно, что оперативная деятельность ограничивалась оказанием неотложной хирургической помощи при некоторых острых заболеваниях. При лечении открытых переломов и других повреждений (ожогов, обморожений) наблюдался высокий процент осложнений в виде столбняка и сепсиса, что вынуждало нередко прибегать к ампутациям и вычленениям конечностей. Оперативная помощь при злокачественных заболеваниях тогда была еще редким явлением, об этом свидетельствует незначительный процент госпитализированных больных. Характерными в этом отношении являются данные отчета губернской больницы за 1888 год, в котором описывается методика лечения злокачественных опухолей: «Произведена операция удаления термокаутером рака нижнего века и щеки, через месяц рецидив, на вторую операцию больной не согласился». «Удален рак нижней губы, левого угла рта и ячеистого края нижней челюсти с вылущением желез, без пластики. Рана зажила при малой дефигурации».

Из этих данных следует, что операции по поводу рака производились поздно и недостаточно радикально.

Из данных отчета за 1893 г. видно, что хирургическое отделение губернской больницы расширилось до 34 коек, которые размещались в четырех палатах[3]. Однако в хирургическом отделении находились и боль-

---

[1] Гран=0,0622 грамма.
[2] Драхма=3,74 грамма.
[3] Четыре койки содержались на средства пожертвований.

ные с заболеваниями уха, горла, носа, глазными болезнями и другими, нуждающиеся в оперативном лечении. Дети с хирургическими заболеваниями размещались вместе со взрослыми и в общих отделениях детской больницы.

В конце XIX века отмечается некоторое улучшение в лечении ран. Раны уже не спринцуются и не обмываются антисептическими растворами, как это было раньше, а вытираются марлей и ватой и присыпаются иодоформом. Полостные раны тампонируются иодоформенной марлей. Осложнение рожей у оперируемых больных наблюдается реже.

Чтобы иметь более ясное представление о хирургической деятельности, можно привести некоторые данные из отчета губернской земской больницы за 1893 год. Произведено две операции вычленения в плечевом суставе при осложненных переломах, три ампутации вследствие туберкулеза и старческой гангрены, камнедробление, две операции грыжесечения при ущемленных грыжах, в одном случае наложен каловый свищ. Производились операции иссечения рака нижней губы, ампутации полового члена при раке. Было оперировано семнадцать больных со старческой катарактой. Указаний на операции при заболеваниях органов брюшной полости не приводится, даже в острых случаях. Так, например, не было сделано ни одной операции по поводу прободной язвы желудка или при непроходимости кишечника. Смертность в хирургическом отделении достигала 5,1%, средняя длительность пребывания на койке равнялась 26,9 дня, что объяснялось наличием большого количества больных с тяжелыми формами туберкулеза и раковыми заболеваниями.

Из этих данных видно, что, несмотря на введение асептики, круг оперативных вмешательств мало изменился, операции производились преимущественно по вынужденным показаниям.

Из отчетов за 1895 год мы узнаем, что хирургическая деятельность была все еще незначительной. За 1895 год по Бессарабской губернии было произведено 3988 операций. Мелкие операции (удаление зубов, инородных тел, вскрытие абсцессов и др.) составляли 80% всех операций.

В 1896/97 отчетном году количество хирургиче-

ских коек в губернской больнице было доведено до сорока. За этот год в хирургическое отделение поступило 556 больных.

К концу XIX и началу XX века начинает развиваться хирургическая деятельность в уездных и участковых земских больницах. В 1900—1901 гг., наряду с отчетами Кишиневской губернской земской больницы, появляются отчеты уездных земских больниц. По этим отчетам можно судить о росте количества операций. Однако эти операции также сводились в основном к ампутациям конечностей, удалению новообразований, туберкулезных желез и т. д. Подавляющее большинство операций производилось под хлороформенным наркозом.

В 1900 году Бендерский уезд имел шесть врачебных участков, на этих медицинских участках было произведено 2848 операций. Основное место занимают операции удаления зубов, вскрытие абсцессов, удаление инородных тел, наложение швов на раны и т. д. Упоминается об единичных операциях на мочеполовых органах. В отчете за 1901 год впервые появляются указания на такие операции как резекция тонкой кишки с сальником, резекция сустава, овариоэктомия и др. Из этих данных следует, что благодаря развитию хирургической деятельности уездные больницы поднялись до высоты хирургического отделения губернской больницы.

К 1906—1907 гг. деятельность хирургических отделений значительно возросла. Так, например, за 1907 год в хирургическое отделение губернской земской больницы поступило 940 человек, которым было произведено 285 операций. Среди этих операций обращают внимание такие как удаление пораженной раком грудной железы, некоторое количество лапаротомий при неотложных хирургических заболеваниях, опухолях живота, туберкулезном перитоните и пр.

Однако основное место среди этих операций занимают ампутации конечностей.

В отчетах еще отсутствуют указания на операции, произведенные по поводу аппендицита или же язвы желудка.

Процент послеоперационных осложнений и смертности остается еще высоким, даже после несложных операций.

В 1905—1906 гг. хирургическое отделение губернской больницы в г. Кишиневе находилось в 2-этажном корпусе. В нижнем этаже размещалось женское трехпалатное хирургическое отделение, а во втором этаже — мужское, состоявшее также из трех палат, операционной комнаты и перевязочной. В этом корпусе размещались, главным образом, чистые дооперационные и послеоперационные больные.

С увеличением количества больных и раненых в русско-японскую войну, хирургических больных с гнойными заболеваниями стали размещать в деревянном бараке, в котором раньше находились душевнобольные.

Для того, чтобы иметь представление о тех условиях, в которых находились хирургические больные в бараке, мы позволим себе сослаться на выписку из отчета заведующего хирургическим отделением губернской больницы врача Зотоса: «Вследствие скученности прикованных к кровати больных, отсутствия вентиляции, сильного испарения с промерзающих стен и табачного дыма, атмосфера этого барака прямо невозможна не только ночью, но и днем».

Условия работы хирургов были тяжелыми. Врачи материально не обеспечивались земством и вынуждены были заниматься частной практикой, что отражалось на их основной работе. По этому поводу врач Зотос пишет: «Больница является пасынком для врачей, наблюдается постоянная спешка, скорбные листы ведутся плохо, врачи спешат на частную практику».

В начале XX века губернская земская больница потеряла до некоторой степени свое значение, как центр хирургической деятельности, в связи с развитием этой деятельности в уездных и участковых земских больницах.

Из отчета за 1912 год следует, что хирургическое отделение губернской больницы расширилось и в нем размещалась 51 койка — 33 мужские и 18 женских. Хирургическое отделение обслуживалось двумя врачами; один из них был заведующим отделением. В работе хирургического отделения принимали участие врачи-интерны, которые вели амбулаторный прием и дежурили по больнице. За 1912 год в хирургическое отделение губернской больницы поступило 1150 больных. Среднее пребывание

больного в хирургическом отделении составляло 17,7 дней, а летальность была равна 3,7%.

В медико-санитарном отчете по Кишиневскому уезду за 1912 год мы находим следующие указания: из 105 амбулаторных больных со злокачественными опухолями госпитализировано 25 человек, из 249 с доброкачественными опухолями — 22, из 146 с грыжами — 6, из 14 с гнойным перитонитом — 6, из 39 с воспалением слепой кишки — 12 человек.

Из этих данных видно, что даже в 1912 году возможности госпитализации больных были крайне ограничены.

В отчетном 1912/13 году отмечается увеличение количества операций, среди них впервые появляются указания на операции, произведенные по поводу аппендицита.

В 1912 году оперировано 10 больных аппендицитом, а в 1913 году произведено 13 аппендэктомий.

Следует отметить, что хирургами, наряду с операциями при общих хирургических заболеваниях, производились операции гинекологические, глазные и другие. В отчетах имеются указания о том, что в 1913 году врач Карра произвел 128 гинекологических операций, а врач Городецкий — 33 операции при ЛОР заболеваниях.

Появляются также данные и о применении различных видов обезболивания. В 1912 году 91 операция произведена под хлороформенным наркозом, 16 — под эфирным, 15—под местным, хлорэтиловым обезболиванием и 42—под местной кокаиновой анестезией.

В 1913 году 10 операций выполнено под местной новокаиновой анестезией и 3 — под анестезией кокаином. При 126 операциях применялся хлороформенный наркоз.

К этому периоду относится дальнейшее развитие хирургической деятельности в участковых земских больницах.

В 1915 году в Кишиневском уезде числилось 14 врачебных участков с шестью больницами на 96 коек. Среди госпитализированных большое место занимают хирургические больные, преимущественно с травматическими повреждениями, гнойными заболеваниями и новообразованиями.

В числе госпитализированных больных встречаются больные с грыжей, аппендицитом, перитонитом и гинекологическими заболеваниями.

Таким образом, анализ отчетных данных конца XIX и начала XX столетий показывает, что основная хирургическая деятельность была сосредоточена в губернской земской больнице, где производились наиболее сложные операции. В начале XX века врачебная хирургическая деятельность начинает детализироваться и появляются врачи-специалисты (гинекологи, окулисты, оториноларингологи и др.).

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В МОЛДАВИИ ПОСЛЕ ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

Здравоохранение в МАССР (1918—1940 гг.)

В результате ленинской национальной политики и социалистического преобразования в нашей стране, наряду со всеми братскими республиками росла и укреплялась быстрыми темпами Советская Молдавия.

12 октября 1924 г. III сессия Всеукраинского Центрального Исполнительного Комитета приняла постановление об образовании Молдавской Автономной Советской Социалистической Республики. Этот исторический акт явился яркой демонстрацией нерушимой вековой дружбы русского и украинского народов с молдавским народом.

Братские народы России и Украины помогли молдавскому народу добиться небывалого расцвета народного хозяйства и культуры Молдавской ССР.

Расходы на социально-культурные нужды в МАССР, входившей в состав Украинской ССР, выросли с 1924 до 1939 года более чем в 80 раз (с 1048 до 93 108 тыс.). В 1924 году ассигнования по бюджету здравоохранения составляли 261 тыс., а в 1939 году — 2 496 тыс. рублей.

До революции на территории МАССР было всего 9 врачей и 27 средних медицинских работников. В 1940 году врачей было 262 и средних медицинских работников свыше 1000.

С 1924 до 1939 года расходы по здравоохранению на душу населения увеличились в 100 раз.

Санитарное дело и борьба с эпидемиями получили широкое развитие. В результате коренного улучшения санитарного состояния населенных мест и медицинского обслуживания населения были ликвидированы натуральная оспа, возвратный тиф, резко снизилось заболевание брюшным тифом.

К моменту освобождения Бессарабии от боярско-румынских оккупантов и образования Молдавской ССР, медицинская сеть в МАССР была широко развернута и характеризовалась как хорошим качеством медицинского обслуживания населения, так и высокими количественными показателями здравоохранения.

Так, имевшиеся на 1/VII 1940 года в МАССР 983 больничные койки давали показатель 3,6 койки на 1000 человек населения, то есть в 3,5 раза больше, чем в Бессарабии.

В республике было 32 амбулаторно-поликлинических учреждения, что давало соотношение, равное 7,5 населенных пунктов (против 11,7 в Бессарабии), приходившихся на одну амбулаторию.

На одну амбулаторию приходилось 7200 человек (против 14 000 в Бессарабии).

Расходы на здравоохранение в МАССР в 1940 году равнялись 18 077 тысяч рублей, что составляло в среднем на эту цель 80 с лишним рублей в год на душу населения.

Данные, характеризующие сеть здравоохранения МАССР на 1/VII 1940 года, представлены в следующей таблице.

Названия медицинских учреждений	Количество медицинских учреждений на 1/VII 1940 г.
Больницы в городах и рабочих поселках (число коек)	761
Больницы в сельских местностях (число коек)	222
Санатории	150
Физиотерапевтические лечебницы (число коек)	110
Поликлиники, амбулатории, диспансеры, врачебные пункты в городах и рабочих поселках (врачебные должности)	69

Продолжение

Названия медицинских учреждений	Количество медицинских учреждений на 1/VII 1940 г.
Кожно-венерологические диспансеры и пункты в городах, рабочих поселках и сельских местностях (врачебные должности)	10
Здравпункты на промышленных предприятиях	15
Фельдшерско-акушерские и фельдшерские пункты на селе	63
Станции скорой помощи (врачебные должности)	9
Туберкулезные диспансеры и пункты (врачебные должности)	12
Санитарно-эпидемиологические станции	8
Малярийные станции	3
Родильные дома в сельских местностях (колхозные койки)	58
Акушерские пункты в сельских местностях	10
Женские и детские консультации в городах и рабочих поселках (врачебные должности)	20
Женские и детские консультации в сельских местностях (врачебные должности)	12
Детские поликлиники и амбулатории (врачебные должности)	18
Ясли в городах	22
мест в них	1096
Ясли в МТС и совхозах	6
мест в них	320
Ясли в сельских местностях (мест)	145
Дома ребенка (мест)	60

К этому же времени относится открытие станции переливания крови, дома санитарного просвещения, дезинфекционной станции, санитарно-бактериологической лаборатории, гельминтологического пункта, молочно-контрольной станции и молочных кухонь.

Если в дореволюционный период на территории левобережной Молдавии было всего 9 врачей и 27 средних

медицинских работников, то уже на 1 января 1937 года в МАССР работало 293 врача (в городах 188 и на селе 95), в том числе 25 санитарных врачей, 25 зубных врачей, 22 фармацевта с высшим образованием, 932 средних медицинских работника.

К 1940 году республика располагала 267 врачами и более 1000 человек среднего медицинского персонала. Радиус медицинского обслуживания сократился в среднем до 6 километров. Населению была обеспечена доступная, бесплатная и квалифицированная медицинская помощь.

Хирургическая помощь существовала во всех районных больницах МАССР. Если в 1924 — 1928 гг. оперативная хирургическая деятельность в районах МАССР сводилась к оказанию неотложной помощи, то к 1939—1940 гг. в районных больницах были освоены почти все виды полостных операций до резекции желудка включительно. Также оказывалась населению квалифицированная специализированная хирургическая помощь (гинекологическая, глазная, оториноларингологическая и др.).

В 1930 году в Рыбнице была построена районная больница на 175 коек, отвечающая всем современным требованиям больничного строительства, с хирургическим отделением на 40 коек, рентгеновским отделением и т. д.

В 1937 году в Тирасполе был построен лечебный городок на 250 коек с хирургическим корпусом на 70 коек. В последующие годы все виды медицинского обслуживания, в том числе специализированного, получили дальнейшее развитие и достигли высокого уровня, поставившего МАССР в один ряд с передовыми республиками СССР в области здравоохранения.

Наряду с лечебным обслуживанием населения, в широких масштабах проводились профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Осуществление всех этих мероприятий в МАССР имело как следствие снижение заболеваемости и смертности населения, что явилось резким контрастом с положением здравоохранения в МАССР и оккупированной Бессарабии.

Так, в МАССР не встречалась пеллагра, были ликви-

дированы паразитарные тифы и резко снижена заболеваемость другими инфекциями.

Если в 1937 году смертность от туберкулеза в Бессарабии равнялась 19,5 на 10 000 человек населения, то в МАССР она составляла 6,5.

С 1932 по 1939 год абсолютное число умерших от туберкулеза в МАССР снизилось на 50,0%, а в Бессарабии с 1930 по 1936 гг. оно повысилось на 44,3%.

В то время, как в Бессарабии общая смертность росла и доходила по отдельным городам и уездам в 1933—1937 гг. до 36,5—40,9 на 1000 человек населения, а естественный прирост был или крайне незначительный (0,4—7,8) или большей частью отрицательным (от минус 2,7 до минус 10,5) на 1000 человек населения, в МАССР смертность уменьшилась с 19,4 в 1924—1927 гг. до 13,7 на 1000 человек населения в 1936—1939 гг., то есть на 29,4%.

Таковы, кратко, факты, подтверждающие животворную силу социалистического строя в нашей стране и его огромные, неизмеримые преимущества перед капиталистическим.

Здравоохранение в период боярско-румынской оккупации Бессарабии (1918—1940 гг.)

В январе 1918 года в Молдавии была установлена Советская власть, но боярская Румыния, при прямой поддержке англо-американских и французских империалистов, воспользовавшись начавшейся гражданской войной, оккупировала Бессарабию.

В 1920 году героическая Красная Армия разгромила полчища белогвардейцев и иностранных интервентов и окончательно очистила Украину и левобережье Молдавии.

Что касается территории правобережной Молдавии, то боярско-румынское правительство, в нарушение своего обязательства от 9 марта 1918 года о выводе своих войск из Бессарабии, оставило их там и ввело режим экономического, политического и культурного угнетения трудящихся города и деревни, продолжавшийся в течение 22 лет, до начала 1940 года.

В течение этого длительного периода оккупации охране здоровья населения не оказывалось серьезного внимания, не делалось никакой попытки улучшить медицинское обслуживание трудящихся Бессарабии.

Даже буржуазные румынские источники, в частности такие как «Enciclopedia Romȃna», вынуждены были признать, что в Бессарабии на одного окружного врача приходится приблизительно до 15 000 жителей обслуживаемого им сельского населения. И если такой источник, как «Enciclopedia Romȃna», подтверждает, что из общего числа больных взрослых и детей, скончавшихся в 1936 году в сельских местностях буржуазной Румынии, только 31,7% была оказана медицинская помощь, остальные же 68,3% не получили ее ни от врачей, ни даже от вспомогательного медицинского персонала, то положение в Бессарабии было еще хуже.

По данным сборника («Probleme si realizari»), изданного в боярской Румынии в 1938 г., число больниц в Бессарабии, подведомственных Министерству здравоохранения и социального обеспечения Румынии, равнялось в 1939 году 52. Все эти больницы в 1939 году располагали 2519 койками против 2247, имевшихся к моменту захвата Бессарабии оккупантами. Таким образом, за 21 год оккупации число больничных коек едва увеличилось на 11%.

Мощность больниц была крайне незначительной. Так, больницы с числом коек до 25 составляли 52%, от 26 до 50 — 32,7% и свыше 50 — 15,3%. Из общего числа больниц в шести уездных городах их было девять на 1270 коек, в городах районного значения и в селах — 43 на 1249, что составило показатель обеспеченности стационарной помощью 1,1 на 1000 человек населения, в том числе в городах — 8 коек, а на селе — 0,8 койки. На каждую больничную койку в Бессарабии в целом приходилось почти в 1,5 раза больше жителей, чем в среднем по всей Румынии, а именно: в городах на одну койку приходилось 283, а на селе — 2480 жителей. Даже в центральной больнице города Кишинева не было отоларингологического, гинекологического, неврологического и ортопедического отделений.

В таком же положении находилась амбулаторная помощь населению Бессарабии, на территории которой

(включая Аккерманский уезд, входящий в настоящее время в состав УССР) было 18 врачебных примитивных амбулаторий в городах и 134 в сельской местности. В этих примитивных амбулаториях (circumscriptii medicale) прием больных проводился одним врачом по всем специальностям. Как в городах, так и в селах медицинской помощью могли пользоваться лишь имущие слои населения, так как в большинстве больниц медицинская помощь была платной и койки в них распределялись по уровню оплаты на I, II и III классы. Консилиумы со специалистами, хирургическое вмешательство, дорогостоящие медикаменты оплачивались самими больными. Что же касается трудящихся, то врачебная помощь в городах им была недоступна, а на селе большинство больных было предоставлено невежественным знахарям и бабкам.

На государственной службе в учреждениях санитарного инспектората Бессарабии находилось 157 врачей и 184 человека среднего медицинского персонала. На одного врача приходилось 16 500 человек населения и на одного среднего медицинского работника — 14 100 человек. Фельдшеры (agenţi sanitari) при сельских амбулаториях не имели среднего медицинского образования и занимались в основном проведением принудительных полицейских мер по санитарной обработке населения.

Специализированные виды медицинской помощи оказывались в городах в очень ограниченном количестве (в Кишиневе существовал лишь унижающий человеческое достоинство пункт для принудительного осмотра домашних работниц и проституток), а в селах и вовсе не применялись.

Хирургическая помощь отсутствовала от Бендер до Белгорода-Днестровского (Аккерман) — на юге, и от Оргеева до Сорок — на севере.

Диспансерных учреждений, женских и детских консультаций в Бессарабии вовсе не было.

Родовспомогательная помощь в городах оказывалась врачами лишь имущему населению, а на селе женщины рожали с «помощью» знахарок и бабок. Общее число родильных коек было 98. Один самостоятельный родильный дом, имевшийся в Кишиневе, насчитывал 15 коек.

Больные туберкулезом, венерическими болезнями и

злокачественными новообразованиями вынуждены были лечиться за плату у частнопрактикующих врачей; неимущие же больные оставались без медицинской помощи и заболеваемость социальными болезнями неуклонно росла. В Костюженской психиатрической больнице не только не было выстроено каких-либо новых зданий, но не проводилось никакого капитального ремонта. Помощь была платной; применение специальных видов лечения было доступно лишь больным 1-го класса в пансионате больницы. «Научные» исследования носили на себе все черты реакционных теорий в психиатрии; применялось и экспериментирование на душевнобольных.

О плохом медицинском обслуживании трудящихся в период боярско-румынской оккупации Бессарабии свидетельствуют многочисленные рассказы самого населения.

Так, гражданин Коваль, находясь на лечении в Бельцкой городской больнице в 1935 году, был вынужден, не взирая на то, что он являлся членом формально существовавшей страховой кассы, оплатить за производство незначительной операции 600 лей.

В этой же больнице с мужа доставленной роженицы Толмазей, которой необходимо было произвести родоразрешающую операцию, потребовали 6000 лей.

Гражданин Кожухарь, не имея возможности обращаться за платной медицинской помощью, был вынужден во всех 6 случаях родов у жены просить «помощи» у деревенской бабки. Из-за отсутствия необходимой медицинской помощи от инфекционных заболеваний умерло четверо его детей в возрасте 1,5—2 лет, от туберкулеза легких и от различных заболеваний — его жена и четыре брата.

Между пятью-шестью, имевшимися в Кишиневе частными лечебницами, принадлежавшими Вольгемуту, Балуце и другим частным врачам, велась постоянная конкуренция. Качество лечения и уход в лечебницах полностью зависели от оплаты. В частных лечебницах имели возможность лечиться лишь вполне обеспеченные люди.

Что касается имевшихся в Кишиневе двух государственных больниц по 25—30 коек каждая, то в них можно было попасть с большим трудом, притом также за вознаграждение. В этих больницах помощь оказыва-

лась в основном при острых хирургических заболеваниях и травмах.

Санитарно-гигиенические условия в государственных больницах были чрезвычайно неудовлетворительные.

Больные, как правило, питались за свой счет, так как питание в самой больнице было крайне скудным. Большая часть отпускаемых на больницу средств расхищалась администрацией.

Обследование и лечение больных находились на низком уровне. В большинстве случаев необходимые медикаменты в больницах отсутствовали, и больные вынуждены были приобретать их за собственный счет.

В период боярско-румынской оккупации государственных аптек не было даже в Кишиневе. В государственных больницах не производились рентгенологические и лабораторные исследования. Единственный рентгеновский кабинет в городе принадлежал частному врачу, бравшему за каждое рентгеновское просвечивание или снимок до 1000 лей. Осложнения и летальные исходы были частым явлением даже при таких операциях, как аппендэктомия и грыжесечение.

Многие врачи с корыстными целями запугивали больных, преувеличивали тяжесть заболевания у них. Врачи, находившиеся в коммерческом сговоре друг с другом и с владельцами аптек, вынуждали своих пациентов покупать излишние дорогостоящие медикаменты, назначали им множество процедур, особенно «инжекций». При освидетельствовании больных после освобождения Молдавии от оккупации, врачи часто отмечали обезображивающие рубцы на теле, явившиеся результатом произведенных в частных лечебницах операций.

Некоторые врачи оперировали больных специально с таким расчетом, чтобы у них образовалось нагноение и они были вынуждены продлить лечение в платной лечебнице, внося за каждый день пребывания в ней и за каждую манипуляцию солидный гонорар.

Бессарабия, население которой составляло шестую часть всей Румынии, располагала только $^{1}/_{10}$ частью учреждений медицинской помощи.

Денежные ассигнования на медицинскую помощь населению Бессарабии равнялись всего 3,8% по отношению к затратам на ту же цель во всей Румынии, в то

время как население Бессарабии составляло 15,9% всей Румынии.

Расходы на медицинское обслуживание не превышали ничтожной суммы 17,2 лея в год на одного жителя, или около одной трети среднего расхода по всей Румынии на эти цели.

Режим экономического, политического и культурного угнетения трудящихся, царивший в Бессарабии в период боярско-румынской оккупации 1918—1940 гг., привел к резкому ухудшению здоровья населения.

Из года в год все большее распространение получали социальные болезни, являвшиеся настоящим бичом для населения края. Так, даже по крайне заниженным данным официальной румынской статистики, опубликованным в «Probleme si realizari» в 1939 году и касавшихся лишь больных, учтенных санитарным инспектором Бессарабии, заболеваемость социальными болезнями по сравнению с заболеваемостью в Румынии определялась следующими данными, представленными в таблице.

Заболеваемость социальными болезнями в Румынии и Бессарабии на I/X 1938 г.

Названия заболеваний	Количество заболеваний в Румынии		В том числе в Бессарабии	
	всего на 1/X 1938 г.	показатель на 10 000 населения	всего на 1/X 1938 г.	показатель на 10 000 населения
Туберкулез	110 401	55,63	19 969	68,40
в т. ч. у сельского населения	94 169	56,98	15 415	70,33
Сифилис	182 487	80,24	13 527	54,52
в т. ч. у сельского населения	132 605	91,98	11 413	52,07
Пеллагра	84 106	42,39	9 525	38,39
в т. ч. у сельского населения	82 162	49,27	9 473	43,22
Малярия	33 837	170,79	91 085	367,14
в т. ч. у сельского населения	319 978	193,62	88 049	401,71
Рак	7 281	3,67	650	2,62
в т. ч. у сельского населения	5 947	3,60	589	2,69
Трахома	9 489	4,78	4 967	20,02
в т. ч. у сельского населения	8 564	5,18	4 428	20,20

В 1939 году в уездах Бессарабии, после частичного проведения обследования населения, было вновь зарегистрировано больных:

туберкулезом	16 968	человек
сифилисом	18 527	»
пеллагрой	9 525	»
малярией	91 085	»
раком	650	»
трахомой	4 967	»
Итого . . .	136 721	человек

После освобождения Бессарабии от боярско-румынских оккупантов в 1940 году, врачами была проведена проверка, длившаяся с июля до декабря, с целью выявления больных. В результате этой проверки было зарегистрировано:

больных	туберкулезом	4 938	человек
»	сифилисом . . .	4 691	»
»	малярией	59 343	»
»	сыпным тифом . . .	570	»
»	брюшным тифом . .	120	»
»	скарлатиной	989	»

Такое массовое распространение социальных болезней в Бессарабии являлось следствием нищеты, тяжелой беспросветной жизни, хронического недоедания, крайне антисанитарных условий, общей и санитарной неграмотности трудящихся масс, полным равнодушием боярско-румынского правительства и оккупационных властей к состоянию здоровья населения.

Этими же причинами объясняются также и высокие показатели смертности от социальных болезней и широкое распространение других заразных заболеваний.

По данным упомянутого выше сборника «Probleme şi realizări», смертность от туберкулеза на 1000 жителей с 1930 по 1937 год выросла на 44,3%, а от пеллагры — на 330%.

Даже по данным санитарного инспектора Бессарабии смертность от туберкулеза определялась показателем 17,0—19,5 на каждые 10 000 человек населения, а летальность при этом заболевании равнялась 30,9%.

Заболеваемость населения брюшным тифом, скарлатиной, гриппом, дизентерией, рожей носила массовый

характер и имела чрезвычайно большой удельный вес в общем количестве этих заболеваний в Румынии.

Так, в 1936—1937 гг. удельный вес заболеваемости в Бессарабии по отношению ко всей Румынии определялся следующим образом:

Брюшной тиф	31,9%
Скарлатина	19,7%
Грипп	59,1%
Дизентерия	35,7%
Рожа	40,0%

Большое распространение имела малярия, показатели заболеваемости которой на 10 000 человек населения в 1938 году определялись цифрой 367,14, а по Кишиневскому уезду в 1938 году — 620,0, а летом 1940 г. — 1470, или 14,7% всего населения.

В результате плохого состояния здоровья населения, крайней необеспеченности медицинской помощи и ее низкого качества, инфекционные заболевания давали высокие показатели больничной летальности. Так, больничная летальность при некоторых заболеваниях была следующей:

При брюшном тифе	13,3%
» скарлатине	10,8%
» дизентерии	14,6%
» роже	24,4%
» дифтерии	15,7%
» кори	4,6%
» коклюше	5,0%
» сибирской язве	7,0%
» полиомиэлите	17,6%
» цереброспинальном менингите	47,2%
» эпидемическом энцефалите .	46,8%

Крайне низкий уровень профилактических и противоэпидемических мероприятий приводил и к высоким показателям смертности населения от инфекционных заболеваний.

Так, на каждые 100 000 человек населения по официальной румынской буржуазной статистике смертность была:

от скарлатины	16,9
» дифтерии	6,4

от кори	20,0
» брюшного тифа	7,4
» дизентерии	6,2
» сибирской язвы	1,6
» столбняка	5,1
» гриппа	15,8
» коклюша	10,0
» рожи	1,6

Данные заболеваемости сыпным тифом в период 1918—1937 гг., взятые нами из ряда официальных источников и докладов руководящих правительственных чиновников Министерства здравоохранения Румынии, могут быть выражены следующими абсолютными цифрами:

Годы	Количество заболеваний в Румынии	В том числе количество заболеваний в Бессарабии
1919	56 042	50 400
1920	41 112	31 246
1930	1 711	1 140
1937	4 949	3 690

Особенно неблагополучными по заболеваемости сыпным тифом являлись Кишиневский, Оргеевский и Бендерский уезды.

Средний показатель заболеваемости за 1933—1937 гг. по Бессарабии в целом определялся 13,7 на 10 000 человек (в МАССР сыпной тиф был ликвидирован), а по всему СССР в этот период он не превышал 1,0—2,0 на 10 000 жителей.

Колонизаторский режим боярско-румынских оккупантов в Бессарабии привел в частности к тому, что в 1933—1938 гг. 83,5—86,4% всех заболеваний сыпным тифом, зарегистрированных в Румынии, приходилось на Бессарабию («Probleme si realizari» за 1939 год).

Общая численность населения Бессарабии в 1938 году по сравнению с 1916 годом не только не увеличилась, а, наоборот, уменьшилась до 2 480 596 человек. Несмотря

на то, что население Бессарабии в 1938 году имело значительный удельный вес во всем населении Румынии (15,9%, или 1/6 часть всего населения Румынии), капиталовложения в промышленность и сельское хозяйство, а также ассигнования на социально-культурные мероприятия в Бессарабии чрезвычайно резко отставали от «старого королевства».

Застой в промышленности в период оккупации привел к значительному отставанию удельного веса городского населения в Бессарабии по сравнению с Румынией. В то время как в Румынии в 1938 году городское население составляло 16,8% всего населения страны, в Бессарабии — 11,7% всего населения края. Таким образом, Бессарабия являлась краем с преобладанием сельского населения, составлявшего 88,3%.

Рождаемость населения давала неизменно высокие показатели. Так, за 1933—1937 гг. этот показатель равнялся 36,4 на 1000 человек населения.

Анализ показателей рождаемости отдельно городских и отдельно сельских жителей Бессарабии показывает значительные колебания. Так, рождаемость в городах, где рабочий класс представлял совершенно незначительную прослойку, а основную часть населения составляла буржуазия, чиновничество и другие эксплуататорские элементы, давала более низкие показатели (в среднем 22,1 на 1000 человек населения), чем рождаемость среди сельского населения (до 49,0 на 1000 человек населения).

Показатели смертности в Бессарабии в период 1933—1937 гг. были высокими. Средний показатель смертности за этот период определялся 24,2 на 1000 человек населения. Среди городских жителей смертность была несколько меньше (18,0 — 25,0 на 1000 человек населения), чем среди сельских (20,0—30,0 на 1000 человек населения).

Общая смертность населения в Бессарабии за период 1935—1937 гг. была самой высокой даже по сравнению с другими областями Румынии, которая считалась одной из стран с самой высокой смертностью в мире.

Даже официальные буржуазные румынские деятели и социологи вынуждены были признать, что в Бессарабии царит нищета, бескультурье, распространены массовые болезни, высокая смертность трудового населения.

31 июля 1939 года буржуазная румынская газета

«România» вынуждена была писать: «В результате нищеты бессарабских крестьян ежегодно из 94 699 новорожденных умирает 59 131».

В 1937 году в Бессарабии по крайне заниженным данным было 37 344 больных туберкулезом, 14 451 — трахомой и 9000 — малярией.

За период 1933 — 1937 гг. показатель смертности неуклонно повышался по сравнению с предшествующими периодами (1929—1931 гг.—20,5; 1932—1934 гг.—22,6; 1935—1937 гг.—23,6, а 1933—1937 гг.— 24,2 на 1000 человек населения). По уровню смертности Бессарабия, как колония Румынии, стояла наравне с другими бывшими и существующими колониями империализма.

Естественный прирост населения в Бессарабии за 1933 — 1937 гг. давал очень незначительный средний показатель — 12,2 на 1000 человек населения.

Естественный прирост населения, оставаясь в целом по губернии положительным, все же в городах, вследствие низкой рождаемости и высокой смертности, был в течение 1935—1937 гг. отрицательным (от минус 5,7 до минус 7,4 на 1000 человек населения).

Детская смертность (в возрасте до 1 года) в Бессарабии в 1933—1937 гг. была высокой и определялась следующими средними показателями в целом по краю (в % к родившимся):

1933 г.	18,8%
1934 г.	19,4%
1935 г.	24,2%
1936 г.	20,1%
1937 г.	19,2%

Такие высокие показатели детской смертности, естественно, определяли в значительной мере и высокие показатели общей смертности.

Показатели детской смертности в сельских местностях были, как правило, выше, чем в городах.

Это полностью находит объяснение в том, что основная масса края, состоящая из сельского населения, была поставлена в особенно тяжелые экономические и культурные условия. Необходимо также отметить и высокие показатели смертности детей до 14 лет. Ее удельный вес (6% к числу всех умерших) составлял за 1932 — 1934 гг. 60,7%, за 1935 — 1937 гг. — 57,1%.

Таковы, вкратце, демографические данные по Бессарабии, говорящие о тяжелейших социально-экономических условиях жизни трудящихся в период боярско-румынской оккупации.

Здравоохранение в МССР после ее освобождения от боярско-румынской оккупации (1940—1941 гг.)

День 28 июня 1940 года вошел в историю молдавского народа как счастливый день избавления от иноземного и социального гнета.

Русский, украинский и молдавский народы еще теснее скрепили узы вековой дружбы и братства.

Благодаря мудрой внешней политике Коммунистической партии и Советского правительства молдавский народ обоих берегов Днестра получил возможность воссоединиться.

В результате волеизъявления молдавского народа, получившего полную поддержку СНК СССР, ЦК ВКП(б) и Верховного Совета СССР, 2/VIII 1940 года была образована Молдавская Советская Социалистическая Республика.

После освобождения правобережной Молдавии от боярско-румынской оккупации и воссоединения в 1940 году ее с СССР перед партийными и советскими органами и здравоохранением республики были поставлены неотложные задачи, вытекающие из необходимости количественно повысить и качественно улучшить медицинское обслуживание населения воссоединенного края.

Основными задачами в этот период являлись:

а) широкое развертывание новых медицинских учреждений в районах правобережья Молдавии, в первую очередь открытие новых больниц, особенно в местностях неблагополучных в эпидемическом отношении, с целью приближения стационарной медицинской помощи к сельскому населению;

б) открытие новых амбулаторных учреждений в районных центрах со специализированными приемами по терапии, хирургии и одонтологии, а также сельских амбулаторий на 1,5 врачебных приема в каждой, с сокращением радиуса обслуживания до 4—5 населенных пунктов на одну амбулаторию.

в) открытие новых консультаций для женщин и детей в городских и районных центрах на 1,5 врачебных приема в каждой, обеспечение полного врачебного приема для детей и 0,5 врачебного приема для женщин, и в сельских райцентрах — по одному врачебному приему, общему для женщин и детей;

г) организация в каждом районном центре санитарно-эпидемиологической станции;

д) развертывание фельдшерско-акушерских, фельдшерских и акушерских пунктов из расчета обслуживания одним учреждением двух населенных пунктов.

С первых же дней после освобождения правобережной Молдавии от боярско-румынских оккупантов начали проводиться мероприятия по выполнению этих задач, что подтверждается как несколькими основными сравнительными показателями, достигнутыми за первые несколько месяцев после воссоединения (с 1/VII 1940 г. по 1/I 1941 г.), так и планом на 1941 г.

	На 1/VII 1940 г.	На 1/I 1941 г.
а) Количество коек		
Правобережье	2 658	4 443
Левобережье	983	983
Итого	3 636	5 426
б) Показатель коечной помощи (на 1000 человек населения)		
Правобережье	1,1	1,9
Левобережье	3,6	3,6
По республике .	1,4	2,1
в) Количество амбулаторий		
Правобережье	144	191
Левобережье	32	32
Итого	176	233

	На 1/VII 1940 г.	На 1/I 1941 г.
г) Число населенных пунктов на 1 врачебную амбулаторию		
Правобережье	11,7	8,7
Левобережье	7,5	7 5
По республике .	12,8	10,1
д) Количество населения на 1 врачебную амбулаторию в тыс. человек		
Правобережье	14,0	10,5
Левобережье	7,2	7,2
По республике .	12,8	10,1

Как видно из приведенных данных, основное внимание органов здравоохранения было обращено на резкое подтягивание норм обеспеченности медицинской помощью в правобережных районах республики, находившихся в течение 22 лет в оккупации.

На 1941 год предусматривалось дальнейшее, еще более быстрое развитие здравоохранения в молодой союзной республике.

Более подробные данные о сети здравоохранения по состоянию на 1/I 1941 г. и плана дальнейшего его развития на 1941 год представлены в таблице (см. стр. 53).

Этот план успешно выполнялся вплоть до вероломного нападения фашистской Германии на нашу страну.

Как видно из приведенных в таблице данных, в течение одного года здравоохранение в республике сделало большой шаг вперед, главным образом в воссоединенной правобережной ее части.

Достижения в медицинском обслуживании населения республики в течение 1940 — 1941 гг. (до начала Великой Отечественной войны) характеризовались следующим образом.

Разделы здравоохранения и показатели	1940 год (на 1/I 1941 г.)	План на 1941 г.
I. Больничная помощь в городах		
Число общих и специальных больниц (кроме психиатрических)	36	37
коек в них	3 639	4 201
Число самостоятельных туберкулезных больниц	2	5
коек в них	150	370
Число самостоятельных детских больниц	2	3
коек в них	105	175
Психиатрических больниц	1	1
коек в них	400	900
II. Больничная помощь в сельских местностях		
Число больниц	59	71
коек в них	1 687	2 415
Число родильных домов (без колхозных)	3	11
коек в них	40	130
III. Амбулаторно-поликлиническая и диспансерная помощь в городах		
Число амбулаторий и поликлиник	36	39
Врачебных должностей в них	297	409
Число самостоятельных консультаций (женских и детских)	17	30
Врачебных должностей в них	58	86
Число туберкулезных диспансеров и пунктов	9	24
Врачебных должностей в них	25	46
Число кожно-венерологических диспансеров и пунктов	14	27
Врачебных должностей в них	40	59
Всего амбулаторно-поликлинических учреждений	81	125
Врачебных должностей в них	468	645

Разделы здравоохранения и показатели	1940 год (на 1/I 1941 г.)	План на 1941 г.
IV. Амбулаторно-поликлиническая помощь в сельских местностях		
Число амулаторий и поликлиник .	201	270
Врачебных должностей в них . . .	230	391
Число самостоятельных консультаций (женских, детских)	11	45
Врачебных должностей в них . . .	12	47
Число туберкулезных диспансеров и пунктов	—	13
Врачебных должностей в них . . .	—	13
Число венерологических диспансеров и пунктов	1	14
Должностей в них	1	14
Всего врачебных должностей . . .	243	465
V. Фельдшерско-акушерская помощь		
Число пунктов в сельских местностях	425	775
а) фельдшерско-акушерских пунктов	33	84
б) фельдшерских пунктов	283	514
в) акушерских пунктов	109	177
VI. Санитарно-профилактические учреждения и мероприятия		
Число санитарно-эпидемиологических станций	16	68
в том числе:		
а) в городах	14	30
б) в сельских местностях	2	38
Число молочно-контрольных станций	2	15
Число малярийных станций	10	30
Число домов санитарного просвещения	1	4

Разделы здравоохранения и показатели	1940 год (на 1/I 1941 г.)	План на 1941 г.
VII. Ясли, молочные кухни, дома ребенка		
Число постоянных яслей в городах	26	57
мест в них	1 196	2 140
Число постоянных яслей в сельских местностях	19	47
мест в них	525	1 240
Число молочных кухонь	4	36
в том числе:		
а) в городах	3	25
б) в сельских местностях	1	11
Число врачей, обслуживающих школы и детские дома	51	71
Число медицинских сестер, обслуживающих школы и детские дома	98	127
VIII. Санатории		
Число санаториев для костно-туберкулезных больных	—	1
коек в них	—	380
Число общих санаториев для взрослых детей	1	2
коек в них	150	450
Число туберкулезных санаториев для взрослых и детей	—	1
коек в них	—	270
IX. Аптечное дело		
Число аптек	130	145
в том числе:		
а) в городах	65	65
б) в сельских местностях	65	80
Число аптечных пунктов	53	153

Больничная помощь

К концу 1940 года в МССР показатель обеспеченности стационарной медицинской помощью определялся 2,1 койки на 1000 человек населения, в том числе в правобережной Молдавии — 1,9 и в левобережной — 3,6.

Расширение сети медицинских учреждений на правобережной части привело к тому, что лишь за вторую половину 1940 года показатель обеспеченности коечной помощью вырос на Правобережье на 0,8 коек на 1000 человек населения, оставаясь в то же время на Левобережье на уровне начала 1940 года.

Увеличение на 1670 коек (852 по городу и 818 по селу), предусмотренных планом на 1941 год, определяло рост на 28,4% по сравнению с количеством коек к концу 1940 года, и повышало показатель обеспеченности на 1000 человек населения на Правобережье до 2,5 коек.

Койки на Правобережье размещались как в старых помещениях больниц, так и в 15 новооткрытых больницах.

Амбулаторно-поликлиническое обслуживание

Число врачебных должностей в городских амбулаториях и поликлиниках в 1941 году увеличилось на 111, что обеспечило в среднем 6,2 посещения в год на одного жителя.

Число сельских амбулаторий увеличилось на 62, а врачебных должностей в них — на 161, что дало в 1941 году следующие показатели обеспеченности сельского населения амбулаторной помощью: 7 населенных пунктов на одну сельскую амбулаторию и 5600 человек населения на одну врачебную должность против 9,4 населенных пунктов на одну амбулаторию и 9200 человек населения на одну врачебную должность к концу 1940 года.

В 1941 году было предусмотрено открытие 46 новых детских и женских консультаций в городах и районных центрах, что к концу года дало бы 75 учреждений этого типа.

Вновь развертывалось 54 кожно-венерологических диспансера, при этом исключительно в районах Правобережья республики и в наиболее пораженных кожными

и венерическими болезнями. К концу 1941 года учреждений этого типа должно было быть 78. Значительно увеличивалось число фельдшерских учреждений на селе (на 347 единиц, или на 104,0%), что снижало в среднем количество населенных пунктов на одно учреждение.

Санитарно-профилактические и противоэпидемические учреждения

Неблагополучное санитарно-эпидемическое состояние Правобережья республики требовало организации санитарно-эпидемиологических станций, число которых увеличилось в 1941 году на 52 единицы; всего к концу года должно было быть 68 учреждений.

Такое же положение с заболеваемостью населения Правобережья малярией вынуждало открыть 20 новых малярийных станций.

Ясельное обслуживание

Прирост ясельных учреждений в 1941 году составлял: по городу — 31 ясли на 944 места, по селу — 28 яслей на 715 мест.

Санатории

В переданных Наркомздраву Молдавской ССР помещениях бывших монастырей и курортов в 1941 году открылось 3 новых санатория на 950 коек:

а) костно-туберкулезный санаторий на 380 коек в бывшем монастыре Курки;

б) общеоздоровительный санаторий на 300 коек, в том числе 100 детских, на курорте Сергеевка, Аккерманского уезда;

в) легочно-туберкулезный санаторий на 270 коек, в том числе 120 детских, в бывшем монастыре Гиржавка, Кишиневского уезда.

Все эти мероприятия значительно улучшили показатели медицинского обслуживания населения, что характеризуется ниже приводимой таблицей.

Обеспеченность больничной помощью

Уезд	Количество коек		Обеспеченность больничными койками на 1000 человек населения	
	на 1/VII 1940 г.	на 1/I 1941 г.	на 1/VII 1940 г.	на 1/I 1941 г.
Бельцкий	165	440	0,3	0,8
Бендерский	145	400	0,5	1,5
Кишиневский	175	375	0,6	1,2
Кагульский	140	280	0,6	1,2
Оргеевский	382	653	1,2	2,1
Сорокский	260	535	0,7	1,4
Бельцы	250	330	3,6	4,7
Бендеры	171	320	3,8	7,1
Кишинев	965	1 110	4,8	5,5
Правобережье	2 553	4 443	1,1	1,9
Левобережье	983	983	3,6	3,6
Итого	3 536	5 426	1,4	2,1

Правительство МССР уделяло особое внимание развитию медицинской помощи населению правобережных районов республики. Как видно из приведенных данных, районы Левобережья Молдавии не нуждались в расширении сети и поэтому рост их не являлся необходимым.

Что касается правобережных районов, воссоединенных в 1940 г., то здесь лишь за полгода (с 1/VII 1940 г. по 1/I 1941 г.) была значительно расширена сеть и емкость медицинских учреждений.

Ассигнования на здравоохранение в 1941 году определялись суммой 92 293 000 рублей, что составляло в среднем более 33,7 руб. в год на душу населения, то есть в 8 раз больше, чем в Румынии, и в 16 раз — чем в Бессарабии.

Расширение сети здравоохранения успешно продол-

жалось в 1941 году в соответствии с утвержденным правительством республики планом развития народного хозяйства, но полной его реализации помешало вероломное нападение на Советский Союз немецко-фашистских оккупантов.

* * *

Неисчислимые бедствия принесла народу трехлетняя немецко-фашистская оккупация Молдавской ССР в 1941—1944 гг. Огромный ущерб был нанесен оккупантами делу здравоохранения в Молдавии. По данным комиссии по учету ущерба, причиненного лечебно-профилактическим и санитарным учреждениям республики, видно, что из числа имевшихся к началу войны 427 основных лечебно-профилактических учреждений 350, или 82,2%, пострадали полностью или частично. К числу совершенно разрушенных учреждений относятся: а) больница на 175 коек в г. Рыбнице; б) лечебный городок на 250 коек и водолечебница на 110 коек в г. Тирасполе; в) вторая больница на 100 коек, туберкулезная больница на 35 коек, стационар для венерических больных на 30 коек, в г. Бендеры; г) курорт «Сергеевка»; д) санаторий в г. Каменка, и ряд других лечебно-профилактических учреждений. Общая сумма ущерба, причиненного здравоохранению республики, составила по неполным данным 106 336 000 руб. Оккупанты полностью ликвидировали профилактическое направление медицины, бесплатную, доступную и квалифицированную медицинскую помощь населению.

О том, как оказывалась медицинская помощь в период немецко-фашистской оккупации, говорит такой факт, рассказанный гр. Никора из села Желтояры, Измаильской области.

В 1943 году его соседка Власенко во время уборки загнала в палец всю иглу. Испытывая сильную боль, она обратилась в районную больницу. Врач, осматривавший больную, потребовал за извлечение иглы 2 пары кур, 100 яиц и 100 лей деньгами. На просьбу больной срочно извлечь иглу, после чего она немедленно пойдет домой и принесет требуемое, врач отказался от экстренной помощи. И только после доставки ему «гонорара» он извлек иглу, но уже с большим трудом.

Тяжелейшие материально-бытовые и культурные условия жизни трудящихся не могли не привести и действительно привели к резкому повышению общей и эпидемической заболеваемости и общей и детской смертности населения Молдавии. В частности резко увеличилось количество заболеваний сыпным тифом.

Так, в 1942 году было зарегистрировано 4124 случая сыпного тифа, в 1943 году — 8862, за 10 месяцев 1944 года — 21 455.

Оккупанты не только не проводили каких-либо мероприятий по борьбе с заболеваемостью, и в частности с сыпным тифом, смертностью населения, но видя свою обреченность, умышленно распространяли среди населения Молдавии, как и других областей Советского Союза, временно оккупированных врагом, эпидемические заболевания. С этими тяжелыми последствиями советским органам здравоохранения, при помощи партийных и советских организаций, пришлось вести напряженную борьбу с первого же дня после освобождения республики от оккупантов.

Здравоохранение Молдавской ССР в послевоенный период (1944—1955 гг.)

Отсутствие каких бы то ни было мероприятий санитарно-профилактического и противоэпидемического характера, наряду с крайней нищетой и низким культурным уровнем населения в период длительной боярско-румынской оккупации, явилось причиной отрицательных показателей санитарного состояния населения.

Крайне антисанитарные условия в быту, связанные с нищетой, неграмотностью и низкой культурой, все увеличивающийся масштаб эпидемических заболеваний, особенно среди сельского населения, — вот с чем пришлось столкнуться советским органам здравоохранения после воссоединения Бессарабии с СССР в 1940 году.

С еще худшими условиями пришлось встретиться после освобождения республики от немецко-фашистских оккупантов.

В силу этого основное внимание органов здравоохранения было направлено на проведение лечебно-про-

филактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в республике. Несмотря на огромный ущерб, причиненный оккупантами делу здравоохранения МССР в 1941—1944 гг., органы здравоохранения республики быстро ликвидировали все тяжелые санитарные последствия войны и оккупации. Все братские народы страны оказали бескорыстную помощь молдавскому народу в ликвидации последствий немецко-фашистской оккупации, в восстановлении и дальнейшем развитии народного хозяйства, культуры и здравоохранения республики.

Для ликвидации медико-санитарных последствий немецко-фашистской оккупации в МССР Министерства здравоохранения СССР и УССР в 1944—1945 гг. послали для постоянной работы в МССР сотни врачей и средних медицинских работников, а для организации противоэпидемических отрядов — 150 врачей и 300 фельдшеров, дезинфекционную технику, огромное количество медикаментов, мягкого инвентаря, аппаратуры и инструментария.

Научные институты Москвы, Ленинграда, Киева, Харькова выделили для противоэпидемической работы многих своих научных сотрудников. Командование Украинских фронтов направило в Молдавскую ССР отдельный эпидотряд, отдельные дезинфекционные роты и банно-дезинфекционные поезда. ЦК Красного Креста и Красного Полумесяца СССР направил в МССР три эпидотряда с необходимой техникой. Все эти отряды обследовали население всех сел Молдавии, провели санитарно-противоэпидемические мероприятия, сделали массовые прививки населению против сыпного тифа. Эти мероприятия обеспечили быструю ликвидацию эпидемических заболеваний.

Советским органам и, в частности, органам здравоохранения в тяжелых условиях еще продолжавшейся войны пришлось по существу заново создавать сеть медицинских учреждений и организовать ее работу на основах советского здравоохранения.

В октябре 1945 года был открыт впервые в истории молдавского народа Кишиневский государственный медицинский институт и 9 средних медицинских школ, готовящие квалифицированные врачебные и средние медицинские кадры, значительная часть которых — сыновья и дочери молдавского народа, дети рабочих и колхозников.

Учеными-медиками Молдавии опубликовано 4 сборника научных работ, монографии, защищено 5 докторских и 30 кандидатских диссертаций. В стенах института прошло подготовку 109 аспирантов и клинических ординаторов, в том числе 44 молдаванина. В Кишиневском институте обучается более 1600 студентов, в том числе более $^1/_3$ молдаване. Выпущено около 1 700 врачей.

Коллектив медицинского института внес значительный вклад в дело повышения качества и культуры медицинского обслуживания населения. Врачи — питомцы института — работают в городах и селах нашей республики.

С 1947 года организован и работает республиканский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены, научно разрабатывающий важные вопросы для дальнейшего оздоровления населения и населенных мест МССР.

Организация Кишиневского медицинского института и средних школ, а также помощь медицинских работников, направленных из других братских республик, создали все условия для быстрого роста медицинских кадров. Этот рост характеризуется следующими данными по отношению к 1945 году, принятому за 100. В 1950 году численность врачебных кадров выросла до 317,6, а в 1954 году — до 369,7 %.

Обеспеченность населения врачами на 10 000 человек населения в 1950 году выросла по отношению к 1945 году с 2,8 до 7,9, а в 1954 — до 10,3 и в 1955 г. — до 11,7.

Численность средних медицинских работников возросла в 1954 году по сравнению с 1945 годом более чем в 3 раза. Если на территории Молдавии в момент ее освобождения от немецко-фашистских оккупантов работало всего 25 врачей и 74 средних медицинских работника, то в настоящее время число врачей и среднего медицинского состава достигает 12 тысяч человек, а это дало возможность обеспечить квалифицированными медицинскими кадрами весьма значительно выросшую сеть здравоохранения.

Квалифицированная медицинская помощь является вполне доступной для каждого жителя города и села.

Для укрепления медицинских учреждений районных центров в них направлено более 500 врачей. В районах республики широко развернута хирургическая, акушерско-гинекологическая помощь, а также обслуживание

детского населения. В результате проведенного объединения больниц с поликлиниками в городах и районных центрах республики резко повысилось качество оказываемой населению медицинской помощи.

План четвертой пятилетки (1946—1950 гг.) предусматривал восстановление и дальнейшее развитие всего народного хозяйства республики вообще и здравоохранения в частности, которое по своим темпам и показателям на душу населения должно было отвечать уровню развития всех отраслей народного хозяйства.

Уже к началу 1946 года число больничных коек в республике было на 6,4% больше, чем в 1940 году. На селе показатель обеспеченности больничными койками был достигнут раньше, чем в городах, по той причине, что число коек на селе до 1940 года было значительно меньше, чем в городах.

В 1950 году по отношению к 1945 году, принятому за 100, число больничных учреждений возросло в городах на 19,4%, а коек в них — на 35,7%; на селе этот рост был более значительным, а именно: учреждений — на 144,4%, а коек в них—на 131,1%. Наряду с неуклонным ростом коечной сети в городских и сельских больничных учреждениях увеличивалось также число коек по отдельным специальностям.

Так, если на начало четвертой пятилетки (1 января 1946 года) число коек на селе принять за 100, то на 1 января 1947 года их было 121,7%, в том числе «общих» — 141,7%, терапевтических — 130%, а к концу пятилетки, когда общее число коек по сравнению с 1946 годом равнялось 194,1%, число «общих» коек снизилось до 119,0%, а терапевтических, наоборот, увеличилось до 431,2%. В 1954 году «общие» койки были почти полностью ликвидированы и заменены профилированными койками по разным специальностям.

Обеспеченность больничными койками на 1000 человек городского населения уже на 1 января 1947 года была доведена до общесоюзных показателей и определялась цифрой 10,2 койки. На 1 января 1951 года этот показатель в городах был равен 12,1, а на 1 января 1956 года 13,6 на 1000 человек населения.

Сеть внебольничных учреждений за послевоенные годы значительно выросла и превысила как уровень

1941 года, так и показатели на 1/I 1946 года. Неуклонный рост здравоохранения продолжался и в пятой пятилетке. Особенно большое развитие получила сеть противотуберкулезных учреждений, а также сеть других диспансерных учреждений как в городских поселениях, обеспеченных стационарами, так и в сельских районных центрах. Число фельдшерско-акушерских пунктов увеличилось за период 1946—1955 гг. до 1050, или в 4 с лишним раза. Все это дало возможность значительно улучшить качество медицинского обслуживания, приблизить его к населению, расширить специализированную медицинскую помощь, успешно разрешить задачу ликвидации санитарных последствий войны и оккупации и быстрыми темпами двинуть вперед дело медицинского обслуживания населения.

Сельские амбулатории были реорганизованы в больничные учреждения. Это дало возможность населению получить на месте не только амбулаторную, но и больничную помощь.

За период 1951—1955 гг. сеть медицинских учреждений в Молдавии значительно выросла и намного превысила не только довоенный уровень, но и уровень 1950 года. На строительство и капитальный ремонт медицинских учреждений правительство республики отпустило десятки миллионов рублей, что позволило увеличить число больничных коек по сравнению с 1946 годом на 91,7%, а с 1950 года — на 38,5%.

В послевоенный период под руководством КПСС, при братской помощи народов СССР росло и расцветало здравоохранение МССР.

В 1955 году по сравнению с 1941 годом ассигнования на здравоохранение увеличились более чем в 3 раза, количество врачебных кадров — в 2,5 раза, а среднего медицинского персонала — более чем в 3 раза, значительно выросла сеть лечебных учреждений. Параллельно с расширением больничной сети, ее мощностью, растет специализированная помощь населению (родильная, гинекологическая, по детским, нервным, глазным и ушным болезням, по туберкулезу и борьбе со злокачественными новообразованиями и т. д.).

Это дало возможность обеспечить своевременную госпитализацию, раннюю и правильную диагностику и каче-

ственное лечение заболевших, широко внедрять профилактику.

За послевоенные годы значительно выросли амбулаторно-поликлиническая и диспансерная сеть и ее кадры. В настоящее время в Молдавской ССР нет ни одного сельского совета, в котором бы не было медицинских учреждений.

Огромную помощь населению оказывает санитарная авиация, которая ежегодно проводит более 2000 вылетов в города, районные центры и села республики для оказания плановой и срочной квалифицированной медицинской помощи. Активное участие в работе санитарной авиации принимают профессора, доценты и ассистенты клиники Кишиневского медицинского института.

Велика забота о детях и женщинах в нашей стране. В республике нет ни одного района, где не имелись бы консультации для женщин и детей, где не было бы постоянных и сезонных детских яслей.

Примером может служить такой факт. Колхозница села Старые Радуляны Елена Мурзак находилась после родов в тяжелом состоянии. Врач Флорештской районной больницы Б. Вишкауцан приехал к колхознице и несколько дней не отходил от больной, пока жизнь ее не оказалась вне опасности. В письме, подписанном двенадцатью родными Елены Мурзак, выражается сердечная и глубокая благодарность нашей Партии, Правительству, советской медицине и ее представителям, работающим в районной больнице — главному врачу А. Воловскому и хирургу Б. Вишкауцану.

В период сельскохозяйственных работ в помощь матерям колхозницам ежегодно открывается до 150 тысяч сезонных ясельных мест.

Выросла сеть санаторно-курортных учреждений в республике. С каждым годом увеличивается и улучшается оснащение лечебно-профилактических учреждений новейшим медицинским оборудованием, аппаратурой и инструментарием. Широкая сеть рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов и лабораторий дает возможность улучшить весь процесс диагностики и лечения больных.

Население каждого района обеспечено квалифицированной зубоврачебной помощью.

Для обеспечения населения лекарственной помощью,

в городах, районных центрах и крупных селах республики открыты аптеки; при каждом фельдшерско-акушерском учреждении на селе имеется аптечный пункт, где население может получать медикаменты на месте.

Большие успехи достигнуты в улучшении санитарного состояния населенных мест, противоэпидемической защиты населения, повышения его санитарной грамотности. В республике ликвидирован сыпной тиф, являвшийся в период оккупации тяжелейшим бичом населения и уносивший большое количество жизней. Резко снижена заболеваемость малярией, бывшей ранее массовым эпидемическим заболеванием в Бессарабии. Успешно ведется борьба с другими инфекционными заболеваниями.

В послевоенный период с развитием здравоохранения расширялась и хирургическая деятельность в Молдавской ССР. Наряду с увеличением коечного фонда, ростом квалифицированных кадров — хирургов, резко улучшилась хирургическая помощь населению и расширился круг оперативной деятельности. С каждым годом улучшается качество медицинского обслуживания населения, вводятся новейшие методы хирургического лечения. Резко снизились летальность и послеоперационные осложнения. Более быстро восстанавливается трудоспособность больных.

В республике проводится большая оздоровительная профилактическая работа на селе, на промышленных предприятиях, среди рабочих и городского населения. Введена диспансеризация населения с целью своевременного выявления злокачественных новообразований, туберкулеза, инфекционных, паразитарных и других заболеваний. Проводятся осмотры детей в яслях и садах по выявлению хирургических заболеваний, врожденных и приобретенных, применяются профилактические мероприятия позволяющие предупредить дальнейшее развитие обнаруженных заболеваний.

Позволим себе проиллюстрировать вышесказанное на ряде примеров, показывающих развитие здравоохранения и хирургической деятельности в Кишиневе за 1951—1955 гг. В Кишиневе имеется большая сеть лечебных учреждений, поликлинических и стационарных, в которых население может получить квалифицированную хирургическую помощь.

Так, при трех больницах (республиканской и двух городских) существует 4 хирургических отделения, три из них являются клиническими базами Кишиневского медицинского института. Хирургические отделения имеются также при многих ведомственных больницах. В 1955 году закончено строительство большой железнодорожной больницы, имеющей 50 хирургических коек.

Помимо этих общих хирургических отделений, население республики широко обеспечивается специализированными видами хирургической помощи.

В городе существует онкологический диспансер, оснащенный современной рентгеновской и радиологической аппаратурой, необходимой для комбинированного лечения больных злокачественными новообразованиями.

При психиатрической больнице открыто нейрохирургическое отделение. В недавно построенной детской больнице имеется хирургическое отделение. При болезнях глаз, уха, горла и носа, при гинекологических заболеваниях, легочном и костно-суставном туберкулезе населению оказывается широкая хирургическая помощь в специальных больницах и хирургических отделениях, возглавляемых профессорами Кишиневского медицинского института и квалифицированными специалистами.

Больным оказывается хирургическая поликлиническая помощь в пяти городских и в большом количестве ведомственных поликлиник. При всех крупных промышленных предприятиях открыты здравпункты, в которых оказывается неотложная хирургическая помощь большим штатом врачей-специалистов и проводится большая профилактическая оздоровительная работа.

Профессорско-преподавательский состав Кишиневского медицинского института оказывает большую помощь Министерству здравоохранения МССР в повышении квалификации сельских врачей и оказании квалифицированной помощи сельскому населению республики.

Деятельность хирургических отделений расширилась и возрастает с каждым годом, что видно из отчетных данных за 1951—1955 гг.

В 4 основных хирургических отделениях Кишинева ежегодно производится до 3000 крупных операций. Интересно отметить, что с каждым годом увеличивается процент операций, произведенных под местным обезбо-

ливанием, что является несомненным прогрессом медицинской науки. В основном применяется местная инфильтрационная анестезия ¼% раствором новокаина, предложенная А. В. Вишневским. Местная инфильтрационная анестезия в 1952—1955 гг. применялась в 89,5% по отношению ко всем видам обезболивания.

Применение местной инфильтрационной анестезии благоприятно отражается на течение патологического процесса и ведет к снижению послеоперационных осложнений.

Анализ данных, полученных за последние годы, показывает, что доступность квалифицированной хирургической помощи населению, совершенствование диагностики, введение новых методов лечения, антибиотиков, местной анестезии способствовали снижению послеоперационных осложнений и летальности. Послеоперационные осложнения в 1952 году составляли 4,5%, в 1953 году — 4,1%, в 1955 г. — 1,5%. В подавляющем большинстве случаев эти осложнения возникли после операции при срочных острых хирургических заболеваниях.

Наряду с уменьшением осложнений, снизилась и послеоперационная летальность.

По отчетным данным за 1955 год послеоперационная летальность больных, доставленных по экстренным показаниям в первые 6 часов после начала заболевания, в республиканские и городские больницы при остром аппендиците равнялась 0,0%, непроходимости кишечника — 12%, ущемленной грыже — 1,0%, прободной язве желудка — 2,3, внематочной беременности — 0,0%.

С целью дальнейшего предупреждения осложнений и послеоперационной летальности, проводится большая разъяснительная работа среди населения о значении своевременной госпитализации и оперативного лечения при острых хирургических заболеваниях.

Ежегодно издается большое количество популярных брошюр, читаются лекции населению и используются другие формы и методы санитарно-просветительной работы. Широко проводится диспансеризация населения и выявление хирургических заболеваний. Своевременно предпринятое оперативное лечение этих больных предупреждает развитие острых хирургических заболеваний и осложнений при оперативном лечении.

В связи с улучшением благосостояния трудящихся, охраны труда, механизации производства с каждым годом снижается промышленный и сельскохозяйственный травматизм. Большая работа ведется по снижению заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей.

Профилактическая работа осуществляется специалистами-онкологами, а также врачами общей медицинской сети. На всех промышленных предприятиях и среди неорганизованного населения в возрасте старше 30 лет проводятся профилактические осмотры на выявление предопухолевых состояний и рака.

Так, например, в Кишиневе за 1951 год профилактическим осмотрам подверглось 33 850; в 1952 году — 45 897, а в 1953 году — 116 106 человек, в 1955 г. профосмотры стали проводиться еще шире. У осмотренных выявлены предопухолевые состояния и в ряде случаев обнаружены заболевания раком.

Эти больные брались на специальный учет и детально обследовались в стационарных условиях или же подвергались соответствующему лечению.

Все больные, страдающие злокачественными опухолями, обеспечиваются современными методами хирургического лечения и всеми необходимыми видами лучевой терапии.

В Молдавской республике широко внедряется и применяется хирургическое лечение костно-суставного туберкулеза и туберкулеза легких.

Для больных, страдающих костным туберкулезом, создан санаторий на берегу Черного моря. Природные условия, медикаментозное лечение химическими препаратами и оперативное вмешательство обеспечивают выздоровление больных.

Улучшение благосостояния населения, внедрение в практику новых препаратов и других средств позволяют шире ставить показания к операции, не опасаясь распространения инфекции.

Хирургами Молдавии освоены почти все виды операций на легком, что ускоряет лечение и больные становятся абациллярными. При костно-суставном туберкулезе применяются радикальные, вспомогательные и коррегирующие операции.

Оперативное лечение дает низкий процент осложнений и летальности. Наряду с улучшением условий труда

и быта, повышением материальных условий, в МССР так же, как и во всем Советском Союзе, уделяется большое внимание своевременному восстановлению трудоспособности при хирургических заболеваниях. Если раньше многие из заболеваний являлись опасными и требовали длительного лечения, то в настоящее время, в связи с доступностью хирургической помощи, совершенствованием лечения на основе учения И. П. Павлова, введением в практику антибиотиков, многие из хирургических заболеваний уже не представляют опасности, больные выздоравливают и становятся трудоспособными.

Как видно из отчетных данных, при фурункулезе трудоспособность восстанавливается через 5,2 дня, панарициях и абсцессах — через 6—8 дней, повреждениях мягких тканей — 7,5 дня.

Таким образом, своевременное и правильное лечение в поликлинических условиях ведет к быстрому выздоровлению, и трудящийся включается в производственную жизнь, в выполнение производственных задач, поставленных Партией и Правительством.

Советское здравоохранение не останавливается на достигнутых результатах. Врачи Молдавской ССР так же, как и все врачи нашей Родины, постоянно совершенствуют свои знания, повышают квалификацию не только в пределах МССР, но и в других институтах и крупных медицинских учреждениях СССР.

Врачи ведут научную работу и защищают диссертации на соискание ученой степени кандидата и доктора медицинских наук.

Все это создает необходимые условия для непрестанного улучшения качества медицинского обслуживания, дальнейшего укрепления и расцвета здоровья всего населения нашей Родины.

Наше советское здравоохранение располагает исключительно большими возможностями в борьбе за дальнейшее снижение заболеваемости населения. Наша задача — в полной мере использовать все эти возможности.

В борьбе за улучшение лечебно-профилактического обслуживания советского народа большое значение имеет не только численный состав врачей или учреждений с соответствующим количеством коек; огромную важность имеет также качество работы и, главным образом, кли-

ническая подготовка врачей, которые должны знать и широко применять в своей повседневной деятельности современные методы диагностики, лечения и профилактики.

В дальнейшем улучшении качества медицинской работы надо обеспечить раннее выявление заболеваний, когда они имеют еще функциональный характер и правильное применение лечебных мероприятий может предупредить развитие болезни. Этот подход к делу требует от нас повышения клинических знаний врачебного состава, решительного усиления нашего внимания к амбулаторно-поликлиническому разделу нашей работы, как наиболее массовому виду медицинской помощи населению.

Необходимо покончить с недооценкой роли и значения индивидуальной профилактики в борьбе за дальнейшее снижение заболеваемости и смертности. Следует помнить, что заболевания в момент возникновения имеют функциональный характер с количественными изменениями в пределах физиологической нормы, и это впервые обосновал наш великий физиолог И. П. Павлов. Наша задача — научиться распознавать эти функциональные расстройства, используя и совершенствуя методы исследования и предупреждая дальнейшее развитие болезни. Бесспорно, что в этой области главная роль принадлежит участковым врачам, а также поликлиническим отделениям больниц.

Необходимо подчеркнуть, что объединение больниц и поликлиник отразилось положительно на росте клинической подготовки.

Наша задача — еще более настойчиво осуществлять и популяризировать передовой опыт лучших людей и лучших коллективов нашего советского здравоохранения.

Дальнейший подъем качества лечебно-профилактического обслуживания населения тесно связан с повышением практического здравоохранения до уровня достижений советской клинической медицины. Необходимо также широкое развертывание научно-исследовательских работ по актуальным проблемам, которые вытекают из практики советского здравоохранения.

В соответствии с решениями XX съезда КПСС в бли-

жайшие годы мы должны решить ряд актуальных профилактических проблем. Необходимо сосредоточить особое внимание и направить максимум научных сил и средств на решение задач специфической профилактики гриппа, коклюша, скарлатины, кори.

Следует далее помнить, что перед нами стоит задача профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и ревматизма, профилактики и лечения новообразований, постоянное совершенствование врачей. Особое внимание медицинских работников должно быть обращено на дальнейшее санитарное оздоровление условий труда и отдыха, на пропаганду здорового быта, на борьбу с капиталистическими пережитками в сознании людей (суевериями, предрассудками, пьянством и т. д.), наносящими огромный вред их здоровью.

Излечить больного человека, избавить его от страданий, спасти его жизнь, вернуть его вновь к активному участию в созидательном труде — исключительно важная и почетная задача. Однако еще более важно вовсе не допускать возникновения заболеваний, предупредить их, в значительной мере избавить человека от необходимости обращаться за лечебной помощью и вместе с тем продлить его жизнь.

В настоящее время здравоохранение и медицинская наука МССР все свое внимание направляют на выполнение задач, поставленных Партией и Правительством по дальнейшему снижению заболеваемости и травматизма среди колхозников, рабочих МТС и совхозов, диспансеризации тружеников села, росту и укомплектованию сельской сети, повышению качества и культуры медицинского обслуживания населения, а также всемерному внедрению в практику здравоохранения достижений передовой советской медицинской науки, учения корифея русской и мировой науки Ивана Петровича Павлова.

Молдавский народ в октябре 1955 года отметил 32-летие своей государственности.

Он вечно будет славить Коммунистическую партию, принесшую ему свободную и радостную жизнь.

Решения XX съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1956—1960 гг. являются ярким свидетельством огромной заботы Партии о здоровьи трудящихся, о дальнейшем подъеме их материального и культурного положения.

Огромных масштабов достигнет развитие здравоохранения в нашей стране, и в частности в Молдавской ССР. За годы пятой пятилетки количество больничных коек увеличится по сравнению с 1955 годом не менее чем на 32,5%. Объем строительства медицинской сети превысит в 3,5 раза таковой за предыдущую пятилетку и будет составлять не менее 125 миллионов рублей. Будут построены новые детские ясли, районные и участковые больницы, родильные дома, расширится санаторная сеть. Особое внимание будет уделяться проведению широких профилактических мероприятий, повышению санитарной грамотности и санитарной культуры населения.

Все эти мероприятия обеспечат дальнейшее снижение заболеваемости, смертности, укрепление здоровья, трудоспособности и долголетия населения.

С чувством огромной любви и благодарности к родной Коммунистической партии и Советскому правительству молдавский народ, медицинские работники республики направят всю свою энергию на успешное выполнение решений XX съезда КПСС по шестому пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1956—1960 гг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессарабское областное правление. Инвентарная опись № 9 по 4-му отделению, дело № 60, 1848—1849.
2. Бессарабское губернское земское собрание XX очередного созыва 1888 г. Кишинев, 1889.
3. БМЭ, Н. И. Пирогов.
4. БМЭ, И. И. Мечников.
5. Восьмой губернский съезд врачей Бессарабской губернии, Кишинев, 1897.
6. Врачебная хроника Бессарабского земства, издание Бессарабской земской управы 1895 года.
7. *Гехтман М. Я.*, Достижения советского здравоохранения в МССР к 25-летию республики, г. Кишинев, 1949.
8. *Гехтман М. Я.*, Медико-санитарные последствия войны и оккупации Молдавской ССР и пути их ликвидации. Сборник научных работ КГМИ, т. I, Кишинев, 1947.
9. *Гехтман М. Я.*, Состояние здравоохранения в Молдавской ССР в IV пятилетке, Кишинев, 1951.
10. *Гехтман М. Я.*, Основные этапы развития здравоохранения в Молдавии, Сборник научных трудов КГМИ, т. IV, Кишинев, 1956.
11. *Гладков А. А.*, К истории развития оториноларингологии в Молдавии. Вестник ЛОР, Медгиз, Москва, 1955.
12. *Громбах С. М.*, Данило Самойлович, Москва, 1951.
13. 25-летие Молдавской Советской Социалистической Республики. Партиздат ЦК КП Молдавии, Москва, 1949.
14. Дело дивана княжества Молдавии об определении в местечке Кишиневе доктора Новака Адама (ЦГИА).

15. Дело 4254 о появлении в г. Одессе и Балтском уезде моровой язвы (ЦГИА).

16. Дело 61 (2710) о постройке в городе Кишиневе городской больницы, Кишинев, 1898.

17. *Дольник А.*, Бессарабия под властью румынских бояр (1918—1940), Госполитиздат, Москва, 1945.

18. *Ежов Н. Н.*, Организация земской медицины в Бессарабии в 1893—1895 гг. Труды КГМИ, т. I.

19. *Ежов Н. Н.*, Организация медико-санитарной помощи в Молдавии к 30-й годовщине советского здравоохранения. Труды КГМИ, т. I, 1950.

20. *Ежов Н. Н.*, Земский период здравоохранения в Молдавии. Сборник научных работ КГМИ, т. I, Кишинев, 1947.

21. *Заблудовский П. Е.*, История медицины. Избранные главы. Москва, 1953.

22. Историческая справка по фонду № 1 «Сенаторы, председательствующие в диванах Молдавии и Валахии» (ЦГИА, д. 1569, л. 183).

23. История Молдавии, том I, Учпедгиз, Москва, 1951.

24. *Константин Вырнав* — первый ученый медик Молдавии, Кишинев, «Октябрь», 1952, № 5.

25. Коммунист, «Правда», № 1, 1954.

26. *Корчак-Чепурковский А. В.*, Материалы для истории земской медицины в Бессарабской губ., вып. I.

27. *Кравченко П. Л.*, Земские лечебные заведения Тираспольского уезда, Тирасполь, 1904.

28. *Кукин Н. Н., Лопушанский В. К.*, История развития хирургии в Молдавии. Доклад на научной сессии КГМИ, тезисы, 1953.

29. *Лазарев А. М.*, Образование Молдавской ССР, Учпедгиз, Кишинев, 1949.

30. *Лопушанский В. К.*, К истории развития здравоохранения в Молдавии, Доклад на научной сессии КГМИ, тезисы, 1954.

31. *Михалевич К. И.*, Доклад комиссии по организации земской медицины, Кишинев, 1896.

32. *Молохов А. Н.*, К истории психоневрологической помощи в Молдавии, рукопись, Кишинев, 1952.

33. *Одуд А. Л.*, Молдавская ССР, Географиздат, Москва, 1955.

34. *Омельчук Ф. С.*, Развитие соц. культуры в МАССР, Кишинев, 1950.

35. Отчет медицинского департамента МВД за 1889 г., № 61/088, С.-Петербург, 1891.

36. Отчёты врачей Кишиневской губернской земской больницы за 1873 г., Кишинев, 1897.

37. Отчет о действии Бессарабской губернской земской управы за 1910 год, Кишинев, 1911.

38. Отчёт о действии Бессарабской земской управы за 1898 г., Кишинев, 1899.

39. Отчёты, доклады, сметы и раскладки Бендерского уездного земского собрания, Бендеры, 1900.

40. Отчет по врачебной части и Общественному призрению Бессарабской губ. земской управы, Кишинев, 1898.

41. Отчет Бессарабской губ. земской управы по общественному призрению и врачебной части за время с 1/XI 1888 г. по 1/X 1889 г.

42. Отчет по Кишиневской губ. земской больнице за 1906 г., Кишинев, 1907.

43. Отчёт по Кишиневской губ. земской больнице за 1912 г., Кишинев, 1914.

44. Отчет Кишиневской еврейской гор. больницы за 1887 год, Кишинев, ст. врач Леви И.

45. Отчеты и доклады Бессарабской губернской земской управы губернскому земскому собранию 27-го очередного созыва, Кишинев, 1896.

46. Отчеты Бендерской уездной земской управы — медицинский и ветеринарный, за 1901 год, Бендеры, 1902.

47. Отчеты по Кишиневской губ. земской больнице за 1912 г., Кишинев, 1913.

48. Отчеты врачей Кишиневской губ. земской больницы за 1893 г., № 61/088.

49. Отчет Кишиневской детской больницы за 1889 г., Кишинев, 1896.

50. Отчёты Комитета Гербовецкой Общины сестер милосердия Красного Креста в г. Кишиневе за 1914 г., Кишинев, 1916.

51. Первый съезд земских врачей Бессарабской области, Кишинев, 1873.

52. *Рашковский Ф. И.*, Доклад 7-му губернскому съезду врачей Бессарабской губернии, Кишинев, 1893.

53. *Рашкович М.*, Материалы для оценки санитарного положения Бессарабской губернии, вып. I, Кишинев, 1895.

54. Сборник Бессарабского земства, Кишинев, 1871.

55. Сборник Бессарабского земства за 1873 г., Кишинев.

56. Сметы и раскладки Бессарабского земства за 1886 г., Кишинев, 1886.

57. *Слуцкий М. Б.*, Мои воспоминания и пр., Кишинев, 1927.

58. Тезисы о 300-летии воссоединения Украины с Россией (1654—1954), Госполитиздат, Москва, 1954.

59. *Царанов С. В.*, 30 лет Молдавской ССР, Госиздат МССР, 1954.

60. Юбилейный сборник 1812—1912 гг., К столетию присоединения Бессарабии к России, Кишинев, 1912.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1 руб. 95 коп.